



TFG: “HUYENDO DE LA GUERRA: EL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES”



Foto: ACNUR/S. Baldwin

Trabajo de Fin de Grado

4º curso del Grado de Enfermería 2018/2019

Tutora: Matilde Arlandis Casanova

Trabajo realizado por Inés Hurtado Martín

ÍNDICE

1.Introducción	Pág.1
1.1 Contexto histórico y datos estadísticos	Pág.1
1.2 Legislación	Pág.2
1.3 Estigma social	Pág.4
1.4 Ansiedad	Pág.6
1.4.1 Tipos de ansiedad	Pág.7
1.4.2 Tipos de trastornos de ansiedad	Pág.8
1.5 Estrés	Pág.9
1.5.1 Síndrome de Ulises	Pág.9
1.5.2 Trastorno de estrés postraumático	Pág.10
✓ Manifestaciones y señales de alarma	Pág.12
✓ Comorbilidad y diagnóstico	Pág.12
1.6 Terapias y tratamientos	Pág.13
1.7 Diagnósticos enfermeros	Pág.14
2.Justificación	Pág.16
3.Objetivos	Pág.16
4.Metodología	Pág.17
5.Resultados	Pág.21
5.1 Exposición a factores traumáticos	Pág.21
5.2 Problemas de salud prevalentes en los niños y adolescentes refugiados	Pág.22
5.3 La familia como factor protector	Pág.25
5.4 Terapias que se utilizan para tratar el estrés postraumático	Pág.27
5.5 Intervenciones enfermeras encaminadas a mejorar la salud mental de los refugiados	Pág.27
5.6 Escalas utilizadas para el diagnóstico	Pág.28
6.Discusión y conclusiones	Pág.30

6.1 Importancia de la educación social	Pág.30
6.2 Entorno social	Pág.30
6.3 Influencia de la familia	Pág.31
6.4 Rol enfermero	Pág.32
7.Futuras líneas de investigación	Pág.35
8.Limitaciones del trabajo	Pág.36
9.Agradecimientos	Pág.37
10.Bibliografía	Pág.38
Anexos	Pág.43

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Fuente: Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria (19). Etiología de la ansiedad. Elaboración propia.	Pág.6
Tabla 2. Fuente: Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria (19). Elaboración propia.	Pág.8
Tabla 3. Fuente: Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017 (31). Elaboración propia.	Pág.15
Tabla 4. Descriptores utilizados en la búsqueda. Elaboración propia.	Pág.17
Tabla 5. Criterios de inclusión y exclusión. Elaboración propia.	Pág.18
Tabla 6. Descripción de búsqueda realizada en distintas bases de datos. Elaboración propia.	Pág.19
Tabla 7. Fuente: Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017 (31). Elaboración propia.	Pág.34
Tabla 8. Artículos seleccionados. Elaboración propia. (Anexo 1)	Pág.43

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1. Fuente: Estrés límite y salud mental: el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple (23). Sintomatología del síndrome de Ulises. Elaboración propia. Pág.10
- Figura 2. Fuente: “Guía Breve sobre el Apoyo en Salud mental/Psicosocial a los refugiados sirios en España” (26). Elaboración propia. Pág.12

GLOSARIO

ACNUR: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados.

CEAR: Comisión Española de Ayuda al Refugiado.

CIE: Centros de Internamiento de Extranjeros.

CIE-10: Décima Clasificación Internacional de Enfermedades y trastornos relacionados con la Salud Mental.

CRIES: Children's Revised Impact of Events Scale-8.

DSM-V: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONG: Organización No Gubernamental.

PIB: Producto Interior Bruto.

RAE: Real Academia Española de la lengua.

TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático.

RESUMEN

Introducción: El pueblo sirio lleva huyendo de la guerra desde 2011 y durante ese recorrido están sometidos a numerosos factores estresantes. Esto les hace más propensos a padecer el síndrome de estrés postraumático y el síndrome de Ulises. El tratamiento de estas enfermedades debe ser multifactorial, combinando psicoterapia, farmacoterapia y técnicas alternativas. El objetivo del trabajo es fundamentar las consecuencias que tiene sobre la salud mental de los adolescentes y niños el tener que huir de Siria por un conflicto bélico en su país.

Metodología: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cinhal, Scielo, Cuiden y Lilacs por medio de descriptores. Se han seleccionado 21 artículos, en base a unos criterios de inclusión y de exclusión descritos, para conocer el estado de la cuestión del objetivo que se planteó.

Resultados: Las principales enfermedades mentales que se muestran en los artículos son el trastorno de estrés postraumático y trastornos de ansiedad. La familia se presenta como un factor protector en la mayoría de los casos. El juego y la psicoeducación son las técnicas más utilizadas. No se han encontrado resultados específicos sobre planes de cuidados enfermeros en esta población. Se ha encontrado una relación causal entre haber vivido una experiencia estresante o traumática y un mayor riesgo de padecer enfermedades mentales.

Conclusiones: La crisis de refugiados sirios es un tema muy actual, del que hay muy poco estudio en España y, menos desde la perspectiva enfermera. Además, es muy importante que se de trascendencia a la figura del mediador- intérprete. Algunos diagnósticos enfermeros asociados a esta población podrían ser aislamiento social, duelo complicado, insomnio, ansiedad, desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales, baja autoestima situacional, síndrome postraumático o riesgo de violencia autodirigida.

Palabras clave: Estrés postraumático, Refugiados, Siria, Cuidados de Enfermería, Estigma Social, Niño, Salud Mental.

ABSTRACT

Introduction: The Syrian people have been fleeing the war since 2011 and on that route they are subjected to numerous stressors. This makes them more prone to post-traumatic stress syndrome and Ulysses syndrome. The treatment of these diseases should be multifactorial, combining psychotherapy, pharmacotherapy and alternative techniques. The aim of the work is to base the consequences on the mental health of adolescents and children having to flee from Syria because of a war in their country.

Method: A bibliographic review has been carried out in the databases Pubmed, Cinhal, Scielo, Cuiden and Lilacs by means of descriptors. 21 articles have been selected, based on the inclusion and exclusion criteria described, to know the status of the question of the objective that was raised.

Results: The main mental illnesses shown in the articles are post-traumatic stress disorder and anxiety disorders. The family is presented as a protective factor in most cases. Play and Psychoeducation are the most used techniques. No specific results have been found on nursing care plans in this population. A causal relationship has been found between having experienced a stressful or traumatic experience and an increased risk of mental illness.

Conclusions: The Syrian refugee crisis is a very current issue, of which there is very little study in Spain and, less from the nurse perspective. In addition, it is very important the figure of the mediator-interpreter. Some nursing diagnoses associated with this population could be social isolation, complicated grief, insomnia, anxiety, nutritional imbalance: lower than the bodily needs, low situational self-esteem, post-traumatic syndrome or risk of self-directed violence.

Key Words: Post-traumatic Stress, Refugees, Syria, Nursing Care, Social Stigma, Child, Mental Health.

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente en el mundo se presenta una de las mayores crisis de refugiados de la historia. Las causas de estas migraciones son diversas. Hay gente que emigra para mejorar su situación económica, por hambre, por miedo o huyendo de una guerra en su país. La guerra según la RAE (1) es la lucha armada entre dos o más naciones o entre bandos de una misma nación. Según la Comisión de Ayuda al Refugiado en Euskadi (CEAR) (2) un país de origen deja de ser seguro cuando existe persecución, tortura o tratos inhumanos, o amenaza de violencia indiscriminada en situaciones de conflicto armado internacional o interno. Por este motivo los ciudadanos se ven obligados a huir de allí, para sobrevivir y por miedo a lo que les pueda pasar. Estas personas que emigran debido a un conflicto bélico es lo que llamamos refugiados¹ y son ellas el foco central de este trabajo. El rango de edad elegido serán los niños y adolescentes porque son una población muy vulnerable ante una situación como la descrita anteriormente. También, para acotar la búsqueda se ha elegido al pueblo sirio por ser el principal país de origen de refugiados por causas bélicas en la actualidad.

1.1 Contexto histórico y datos estadísticos

Desde la antigüedad, la región de lo que ahora consideramos Siria era una zona fértil y estratégica económicamente hablando, por lo que fue muy disputada entre las distintas sociedades existentes (eblos de la Edad de Bronce-3000 a. C; cananeos, fenicios y arameos-2000 a. C; egipcios, asirios y babilonios- s.VIII a. C; persas y griegos; romanos- 64 a.C/636 d.C; imperio islámico-s. VII/XII; mongoles- s. XIII/XVI; Imperio otomano-s. XVI/XX; franceses- 1922/1946) hasta que se independizó en el 1946 de la ocupación francesa (3). El conflicto actual surgió en 2011, cuando se iniciaron las primeras protestas pacíficas en las que se exigía menos corrupción y más derechos al Estado y las fuerzas del gobierno de al-Asad las detuvieron con violencia. Este fue el inicio de una guerra civil, que poco a poco fue a más (4). Además, surgió un movimiento extremista y violento llamado los Hermanos Musulmanes que querían constituir un estado musulmán único, el Estado Islámico (ISIS) y también participan de esta guerra derrocando a Al-Asad, lo que dificulta aún más la situación. Otro dato a tener en cuenta

¹ Según la denominación de Acnur. Refugiado según la RAE (1):

“Persona que, a consecuencia de guerras, revoluciones o persecuciones políticas, se ve obligada a buscar refugio fuera de su país”.

es que Siria es una zona rica en petróleo y hay diversos países que se han dividido entre los que están a favor de Al-Asad y los que están en contra, pero como quieren acceder al petróleo no se ha parado el conflicto. Durante esta guerra, que dura más de 8 años ya, unos 400.000 sirios han muerto (4) y por este motivo, muchas personas desde 2011 han tenido que huir a campos de refugiados de países vecinos. La situación de violencia era incontrolable.

Acnur (5) indica que actualmente hay en el mundo 25,4 millones de personas que tienen que abandonar su país y su hogar a causa de la guerra y la violencia, es decir, que son refugiados. En el caso de Siria se cuentan 5.684.381 personas las que han emigrado según datos del portal de refugiados (6), aunque otras fuentes (2 y 5) aseguran que el número de refugiados sirio supera los 6 millones. Dentro de esos 5,6 millones, el 45 % son personas de entre 0 y 18 años (6). Según datos aportados por el informe de Acnur (5) de 2017, hay alrededor de 173.800 menores que solicitan asilo individualmente, sin acompañante, debido a separaciones familiares o a pérdidas de los padres. Estos menores están desprotegidos y corren un especial riesgo de sufrir abusos o explotación.

En España, a pesar de este grave y prevalente problema mundial que se ha originado, solo se ha acogido durante todo el 2018 a 1573 personas (5). Según el INE (7), dentro del total de la población actual de España a fecha de 1 de enero de 2019, hay 7.105 sirios, pero se desconoce cuándo llegaron al país ni el tiempo de permanencia. Debido a la dura travesía que tienen que recorrer por tierra o mar para llegar a Europa este 2018 ha dejado más de 2000 muertos en el Mediterráneo (5), incluyendo las personas migrantes de África y los refugiados políticos, otro dato que demuestra la dureza y dificultad del camino que emprenden al huir de su país.

Los principales países receptores son los países vecinos más cercanos al conflicto como: Turquía, que acoge a unos 3,64 millones de sirios; Líbano, que acoge a 946.291; Jordania a 670.238; Irak a 253.085 y Egipto a 132.165. El resto de países mundiales solo se encargan de acoger al 0,6% de refugiados sirios (6).

1.2 Legislación

La Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 (8) afirma en su tercer artículo que *“todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.”* Cuando este derecho se vulnera y las personas se sienten amenazadas y desprotegidas en su propio país existe el artículo 14 que enuncia que *“en caso de*

persecución, toda persona tiene derecho a buscar asilo, y a disfrutar de él, en cualquier país”. Estas personas en España pueden pedir el derecho de asilo incluido en la Ley 12/2009 (9), reguladora del derecho de asilo y de protección subsidiaria, y, si cumplen las condiciones de refugiado, se les concederá una protección especial.

Dentro de estas condiciones se reconoce a la persona que, debido a temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, género, grupo social, orientación sexual u opiniones políticas, se encuentra fuera de su país de origen y, por dichos temores y motivos, no puede o quiere regresar a él (9).

Esta misma ley hace una distinción con los menores en su artículo 47 por considerarlos una población especialmente vulnerable. En ese artículo se asegura que todos los menores que soliciten protección internacional y que hayan sido víctimas de conflictos armados recibirán asistencia sanitaria y psicológica adecuadas. Además, se tiene en cuenta a aquellos menores no acompañados en el artículo 48 para que de la manera más rápida se pueda comenzar a tramitar su solicitud con la presencia de un tutor legal asignado (9).

La Ley 12/2009 está basada en la Convención de Ginebra de 1951 (10), que se creó tras la 2ª Guerra Mundial para ofrecer protección internacional y asistencia a las víctimas de guerra. En ella se definía por primera vez quién es considerado refugiado y quién no; explica los derechos de los refugiados como el derecho al trabajo, a la educación y la libertad de religión y movimiento; determina que un refugiado no debe ser devuelto al país donde teme ser perseguido y reconoce el alcance internacional de este problema y la necesidad de cooperación internacional para solucionarlo (5). España se adhiere a la Convención en el año 1978 y el derecho de asilo queda registrado en la Constitución y se desarrolla en posteriores leyes, como la citada anteriormente 12/2009, que surge para modificar la ley 5/1984.

Una vez que estas personas llegan a territorio español, el proceso para que se puedan quedar y se les considere refugiados es muy complejo. Deben presentar una solicitud (9) que tarda meses en ser tramitada y puede ser denegada. En ella deben demostrar a las autoridades que existe un riesgo real de daño grave sobre su persona, y mientras, hasta que no haya una decisión definitiva, cualquier proceso de devolución quedará en suspenso. Esto implica el derecho a no ser devuelto a un lugar donde la vida del solicitante corra peligro. Una vez que se acepta su solicitud pasan a estar en acogida

temporal unos 6 meses en centros gubernamentales o pertenecientes a ONGs. Si la solicitud se deniega, las personas pueden ser deportadas a su país de origen (2).

En el año 2015 se crea la Ley Orgánica 4 /2015 (11) o de Seguridad Ciudadana, también llamada “Ley Mordaza” que recoge en su disposición adicional décima la legalización de la expulsión de todos aquellos extranjeros detectados en la línea fronteriza de Ceuta o Melilla mientras intentan superar los elementos de contención para cruzar irregularmente la frontera. Se afirma también que las solicitudes se tramitarán en lugares habilitados en los pasos fronterizos conforme a la normativa en materia de protección internacional y que el rechazo se realizará respetando la normativa internacional de derechos humanos y protección internacional. Sin embargo, se acepta la expulsión colectiva o devolución “en caliente”, llamada así por su efecto inmediato, que viola el acuerdo firmado en la Convención de Ginebra de no expulsión y devolución de una persona al país donde teme ser perseguido. Por este último motivo el 3 de octubre de 2017, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos condenó a España con 5000 euros para cada uno de los dos jóvenes que sufrieron una devolución en caliente al tratar de cruzar la frontera en Melilla (12).

En el año 2015 también se llevó a cabo un acuerdo (13) en la Comisión Europea que tomaba medidas sobre la crisis de los refugiados ya que pretendía reubicar a 160.000 personas sirias procedentes de campos de refugiados en Grecia, Italia y Hungría. La reubicación se llevaría a cabo en 2 años y la clave del reparto tendría en cuenta el 40 % de la población total del país de acogida, el 40 % del PIB del país, el 10 % de las solicitudes anteriores de asilo y el 10 % de la tasa de desempleo. En este acuerdo España se comprometió a acoger a un total de 17.337 personas en dos años y, sin embargo, al cumplirse el plazo solo había acogido a 2.792 personas, un 16 % del total que había acordado (14).

1.3 Estigma social

Los refugiados son un grupo de personas muy heterogéneo, no solo debido a razones sociodemográficas sino también debido a diferencias en la etnia, religión e idioma. Por este motivo, al generalizar sobre ellos se crean falsas afirmaciones que llevan a desarrollar prejuicios, que finalmente acaban siendo discriminatorios contra estas personas.

Las palabras “migrante” o “refugiado” con las que se denomina a esta población tienen una fuerte connotación negativa aprendida. Crocker, Major y Steele (15) en 1998 afirmaron *“los individuos estigmatizados poseen (o se cree que poseen) algún atributo o característica que conlleva una identidad social la cual es devaluada en un contexto social determinado”*. Estos términos se asocian en muchas ocasiones con terrorismo, con una cultura cerrada y antigua que dista mucho de la nuestra o con altas tasas de analfabetización porque los países europeos tienen una serie de prejuicios y estereotipos hacia los países de la región de Oriente Medio, que se basan en el miedo y el desconocimiento, en la necesidad de culpabilizar a alguien de las desgracias internas económicas de un país. Dentro de Europa están creciendo las ideas nacionalistas extremas que declaran que la amenaza de nuestros días está representada por los inmigrantes. En cada vez más líderes políticos se está asentando el discurso nacionalista, esto ha hecho resurgir prejuicios y odios contra las personas que solo vienen huyendo de una guerra o del hambre, que no son causantes de la crisis económica que está viviendo Europa, pero que se sitúan en el punto de mira de aquellos que buscan un culpable. Un refugiado sirio explica: *En mi caso, huí para acompañar a los niños de mis hermanos y hermanas, para protegerlos y que estén a salvo en Jordania. Además, hace poco, me llamaron para servir al ejército y ahí iba a tener que matar gente y yo no aceptaría eso. Entonces, no tuve otra opción, o entraba en el ejército o tenía que huir* (16). El cerrar las fronteras no soluciona el origen del problema porque estas personas van a seguir huyendo al no estar seguros en su país. Al relacionar a los refugiados con el terrorismo se da una razón para expulsarles, para no abrirles la puerta, porque son “peligrosos”. Se legitima la discriminación hacia ellos por parte de la sociedad cuando en realidad los refugiados son personas que tenían una vida como la de cualquiera antes de que comenzara la guerra y que también huyen del terrorismo, no son sus creadores.

Cada vez hay más libertad de comercio y menos aranceles, el mundo está más globalizado y la información llega a casi todos lados y, sin embargo, se cierran fronteras, se niega el derecho fundamental de libre circulación a una persona por su raza o por su origen. Estas personas debido a la situación vivida pueden presentar problemas de salud mental (como un trastorno postraumático) que negativiza socialmente aún más si cabe a la persona que lo sufre.

Por desconocimiento e incompreensión en la sociedad se asocia una enfermedad mental con locura, personas descontroladas, disminución psíquica, gente agresiva,

infantilización o consumo de drogas cuando la realidad es que cualquier persona puede padecer un problema de salud mental. Estos prejuicios dificultan la integración social y laboral, marcan una barrera, y, a nivel individual, es más costoso que la persona que sufre el trastorno acepte que tiene un problema, pida ayuda y se trate si está tan mal visto sufrir este tipo de enfermedades (17).

Según Goffman (18) la palabra estigma se refiere a atributos o características que expresan una identidad social devaluada. Lo divide en tres grupos: las deformidades físicas, los defectos del carácter (donde se engloban las enfermedades mentales) y los estigmas tribales de raza, nación y religión (donde se incluye el hecho de ser refugiado sirio).

No se debe olvidar que existe también el autoestigma, cuando es la propia persona afectada la que reproduce esos prejuicios y discriminación hacia sí misma. Como vivimos en un contexto social, lo que los demás opinen de nosotros afecta a nuestra autoestima. Esto marca nuestros comportamientos y tiene efectos negativos sobre el autoconcepto de cada uno y la propia identidad.

1.4 Ansiedad

La ansiedad se puede definir como un estado de alerta y activación frente a amenazas físicas o psíquicas que posibilita respuestas para enfrentarse o defenderse de ellas. Es una señal de alerta del organismo, que le advierte de un peligro, por tanto, es un estado emocional normal ante distintas situaciones estresantes de la vida cotidiana (19).

La etiología es multifactorial y existen los siguientes factores:

Factores biológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Genéticos. • Presencia de otras enfermedades. • Patología psiquiátrica anterior. • Consumo de sustancias estimulantes.
Factores ambientales	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor hipersensibilidad a estresores. • Respuesta aprendida.
Factores psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente familiar. • Experiencias amenazadoras de vida. • Preocupaciones excesivas por temas cotidianos. • Poca tolerancia a la frustración y baja autoestima. • Miedo al rechazo y la desaprobación.

Tabla 1. Fuente: Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria (19).

Etiología de la ansiedad. Elaboración propia.

La ansiedad presenta distintos síntomas:

- Físicos: se dividen a su vez por sistemas.
 - a. Neuromusculares: temblor, cefaleas, tensión muscular, parestesias.
 - b. Vegetativos: sudoración, mareo, sequedad de la boca, inestabilidad.
 - c. Cardiovasculares: taquicardia, palpitaciones, dolor precordial, aumento de tensión arterial.
 - d. Respiratorios: disnea, sensación de ahogo, jadeo.
 - e. Digestivos: diarrea, náuseas, vómitos, estreñimiento, dispepsia, meteorismo, pérdida de apetito.
 - f. Genitourinarios: micción frecuente, problemas sexuales.
- Psicológicos: preocupación, sensación de agobio, aprensión, irritabilidad, desasosiego, inquietud, sensación de muerte inminente, dificultad de concentración, miedo a perder el control y pérdida de memoria reciente.

La ansiedad comienza a ser patológica cuando dificulta la relación con las demás personas, la adaptación al medio, cuando produce sentimientos de inseguridad y cuando impide realizar las actividades cotidianas.

1.4.1 Tipos de ansiedad

Fritz Riemann en su obra más conocida *Anxiety* (20) diferencia cuatro formas básicas de ansiedad, que podrían resumirse en:

1. El miedo a renunciar a uno mismo, a experimentar la disolución del ego y la dependencia.
2. El miedo a autorrealizarse, sentido como desprotección y aislamiento.
3. El miedo al cambio, experimentado como transitoriedad e inseguridad.
4. El miedo a lo permanente, experimentado como irrevocabilidad y esclavitud.

La prevalencia de una u otra de estas formas de ansiedad determina nuestro carácter y sería un signo de buena salud haber experimentado estos cuatro impulsos básicos y ser capaz de vivir en equilibrio con ellos. (21)

1.4.2 Tipos de trastornos de ansiedad (19)

Tipos de trastornos de ansiedad	Manifestaciones/diferencias
Trastorno obsesivo compulsivo	Se caracteriza por la presencia de obsesiones (ideas, pensamientos o imágenes que provocan ansiedad, pero que la persona no puede controlar) y compulsiones (comportamientos que la persona lleva a cabo para neutralizar la ansiedad) recurrentes y severas que interfieren en el desarrollo de la vida normal de la persona.
Ansiedad inducida por sustancias	Trastorno de ansiedad producido por drogas de abuso o fármacos. Puede presentarse durante la intoxicación o durante el periodo de abstinencia. Las sustancias serotoninérgicas y simpaticomiméticas son las que con más frecuencia producen estos trastornos.
Trastorno de ansiedad generalizada	Se produce cuando las personas sienten ansiedad y preocupación la mayoría del tiempo de manera intensa, irracional y persistente de manera que interfiere en el funcionamiento normal de su vida diaria. Es duradero.
Crisis de angustia	Miedo o terror intenso que aparece de modo repentino e intermitente sin previo aviso y que, dependiendo de la intensidad, incapacita a la persona para su vida diaria.
Trastorno de estrés postraumático	Surge como respuesta a un acontecimiento traumático o situación de naturaleza amenazante que causaría malestar generalizado en la persona por más de 1 mes.
Fobia social	Temor excesivo a situaciones sociales o a actuaciones en público concretas y delimitadas en las que exista la posibilidad de sentir vergüenza.
Fobias específicas	Miedo irracional, incontrolable, desproporcionado y persistente ante un estímulo concreto (objeto, lugar, animal o situación) que en realidad no supone una amenaza, pero que induce a la persona a evitarlo.

Tabla 2. Fuente: Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria (19).

Elaboración propia.

1.5 Estrés

El estrés, según la RAE (1), es una tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos que a veces son graves.

Según el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (22), el estrés es el proceso que se pone en marcha cuando una persona percibe una situación o acontecimiento como amenazante o desbordante de sus recursos. Este proceso no siempre es negativo, de hecho, en numerosas ocasiones es necesario para mejorar y reconocer las capacidades que cada uno tiene para enfrentarse a una adversidad. Un mismo acontecimiento no resulta igual de estresante para todas las personas.

Los refugiados están expuestos a muchísimos estresores de los incluidos en la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Holmes y Rahe (entre ellos: muerte del cónyuge, cambio en la situación económica, cambio en el tipo de trabajo, muerte de un familiar cercano o cambio de residencia) desde que emprenden su viaje hasta que llegan al país de acogida, en el que se encuentran con diferencias idiomáticas, culturales, económicas y educativas, entre otras, que se suman a la larga lista de estresores con que ya contaban.

Pueden sufrir, también, lo que se llama el “estrés aculturativo” debido a la discriminación percibida en el país receptor, la adaptación cultural y la nostalgia o pérdida de las características de su lugar de origen.

La diferencia entre padecer distrés o un estado subjetivo de malestar radica en cómo cada persona evalúa el suceso que se ha planteado y sus propias capacidades para hacerle frente. Dependiendo de las características personales de cada uno y del apoyo social recibido se afrontarán las dificultades de diferente manera. Habrá quien, por su personalidad vea lo ocurrido como una amenaza y quien lo afronte como un reto personal. La calidad de las relaciones interpersonales puede funcionar como amortiguador de los estresores externos. (22)

1.5.1 Síndrome de Ulises

El síndrome de Ulises, también llamado síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple, es un trastorno de estrés específico. Joseba Achotegui (23), un psicólogo cultural español, acuñó el término y debe su nombre a Ulises, héroe de la mitología griega que tras participar en la guerra de Troya navegó durante 10 años por el

Este síndrome incluye:



1.5.2 Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

10

que muchas veces vuelve en forma de flashbacks o pesadillas y les impide realizar una vida normal cuando han conseguido salir de allí. La guerra deja muchas secuelas a nivel psicológico sobre la persona que la ha vivido.

Los niños, en este contexto de violencia sufren especialmente, son una población vulnerable junto con las personas de edad avanzada y las mujeres y tienen mayor riesgo de sufrir trastorno de estrés postraumático. Se ven obligados a enfrentar la vida, crecer rápidamente o, por el contrario, sufren una regresión. La mayoría de las veces dejan de comportarse como lo que son, niños.

En palabras de la psicóloga Anoud Attieh, trabajadora de un campo de refugiados sirios en Jordania, *“los niños tienen flashbacks continuamente, que suelen venir acompañados por pesadillas, y están muy aislados de los demás. Tienen muchos problemas para dormir y les da miedo cualquier cosa: un avión, las personas que hablan muy alto o cualquier agresión que puedan encontrarse. Por ejemplo, si ven un avión, empiezan a gritar y se llevan las manos a los oídos para después esconderse. Les empiezan a sudar las manos y se intensifica su respiración.”* (24)

El estrés postraumático es uno de los problemas que pueden sufrir todas las personas que han vivido una guerra. Entre las causas desencadenantes se encuentra el hecho traumático simple (catástrofes naturales, accidentes o desastres ocasionados por personas-guerras, atentados o violaciones), el hecho traumático prolongado (enfermedad, secuestros o sectas) o el hecho de exposición indirecta. En el caso que se trabaja podría ser debido a un hecho traumático simple o prolongado, dependiendo del caso particular de cada persona.

Está contemplado en el CIE- 10 (25) que lo define como el trastorno que surge como respuesta tardía a un acontecimiento estresante o situación de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica (entre ellas están las catástrofes naturales o los combates, el terrorismo o la muerte violenta de alguien), que causarían malestar generalizado en casi todo el mundo. Entre las características típicas del trastorno se incluyen episodios repetitivos en los que se vuelve a vivenciar el trauma en forma de sueños o reviviscencias, estado de hiperactividad vegetativa (insomnio, hipervigilancia e incremento en la reacción de sobresalto), sensación de embotamiento emocional y anhedonia. Además, a menudo cursa con ansiedad y depresión, llegando incluso a tener ideaciones suicidas.

✓ *Manifestaciones y señales de alarma*

Entre los síntomas del trastorno de estrés postraumático se encuentran:

Emocionales	Conductuales	Cognitivos	Biológicos
<ul style="list-style-type: none">• Baja autoestima• Irritabilidad• Incredulidad	<ul style="list-style-type: none">• Evitación de personas, lugares u objetos• Disociación• Recuerdos intrusivos• Hipervigilancia: estar nervioso, sobresaltarse, padecer insomnio	<ul style="list-style-type: none">• Confusión• Autoculpabilidad• Dificultad para concentrarse	<ul style="list-style-type: none">• Insomnio• Taquicardia• Fatiga• Sudoración

Figura 2. Fuente: “Guía Breve sobre el Apoyo en Salud mental/Psicosocial a los refugiados sirios en España” (26). Elaboración propia.

En niños los síntomas pueden ser muy diferentes, como perder el habla, volver a tener enuresis nocturna, depender de los adultos excesivamente, tener comportamientos agresivos o representar situaciones atemorizantes durante el juego. (27)

En la cultura siria, al igual que en la mayoría de las culturas árabes, tiende a no existir una separación marcada entre la experiencia de síntomas somáticos y psicológicos. Algunas de las expresiones somáticas comunes que pueden ser reflejo de síntomas de salud mental incluyen quejas sobre la sensación de presión en el pecho, dolor en el corazón, entumecimiento de partes del cuerpo, sensaciones de hormigas que se arrastran sobre la piel. (26)

✓ *Comorbilidad y diagnóstico*

El síndrome de estrés postraumático a menudo cursa con ansiedad y depresión, con un aumento en el consumo de sustancias y llegando incluso a tener ideaciones suicidas (27). Según un artículo de Foa, Keane y Friedman (28), el 80% de los que presentan o han presentado TEPT (sea este su diagnóstico principal o no) tienen o han tenido depresión, otro trastorno de ansiedad o abuso/dependencia de sustancias.

Los síntomas del TEPT comienzan a manifestarse a los 3 meses después del evento traumático, aunque ocasionalmente pueden aparecer años más tarde. Los síntomas tienen que durar más de un mes para ser considerados TEPT. Además, el diagnóstico es complicado porque depende de la cultura se asocia a dolor físico y se oculta o se liga a

estados de ánimo y sentimientos que deben expresarse. En la población infantil los criterios de diagnóstico deben ir enfocados a la conducta y ser sensibles al crecimiento y desarrollo de los niños porque tienen una capacidad limitada de expresión verbal y de expresión cognitiva abstracta y el diagnóstico puede ser más complicado por estos motivos. (27)

En un estudio realizado por Goldstein se encuentra que suele ser más común en el sexo femenino que en el masculino, en menores de 65 años, en personas separadas, con pocos estudios, menos ingresos y de zonas rurales. (29)

1.6 Terapias y tratamientos

La atención brindada a las personas que padecen una enfermedad mental debe ser una atención integral que cubra sus necesidades de apoyo y que disminuya el estigma que se asocia a este tipo de problemas mediante la sensibilización a la sociedad.

Se recomienda partir de un análisis de las necesidades de la población a la que se va a tratar porque son diferentes las necesidades de un refugiado en el Líbano, que en España. Identificar qué problemas de salud mental y qué síntomas son más prevalentes entre ellos sería el segundo paso. Entre los niños encontramos que los síntomas más habituales son la agresividad, la irritabilidad, la enuresis, los problemas de apego a los padres o la participación en actividades delictivas. Hay que dejar de ver a todos los sirios como personas traumatizadas y evaluar individualmente a las personas. (26)

Por último, se plantea que las intervenciones se desarrollen en 4 etapas: prevención, intervenciones de crisis, tratamiento y seguimiento (26).

Prevención

Las técnicas de relajación, la musicoterapia, la aromaterapia o la arteterapia se utilizan para prevenir la aparición de la ansiedad o para disminuirla cuando los síntomas no son tan intensos que incapacitan a la persona.

Intervenciones de crisis

Se deben tratar estos problemas de manera multifactorial, combinando varios métodos como el tratamiento farmacológico por medio de antidepresivos (inhibidores de la recaptación de serotonina), ansiolíticos, neurolépticos, estabilizadores del estado de ánimo (sales de litio); y la psicoterapia o la terapia cognitivo-conductual que en una situación de crisis pueden resultar muy útiles.

Tratamiento

El tratamiento de los problemas mentales de los que se ha hablado (trastornos de ansiedad y de estrés) debe ser multifactorial por lo que se incluye la psicoterapia, el trabajo familiar-social y el tratamiento farmacológico.

Dentro de la psicoterapia se incluye la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares y la terapia de exposición.

Para trabajar con la familia se pueden hacer sesiones con cada uno de los miembros o con todos ellos al completo para que expresen sus emociones y pensamientos al resto con ayuda de un mediador (profesional sanitario). La terapia grupal es otra posibilidad muy utilizada porque facilita la expresión de emociones al poner en contacto distintas personas con la misma situación de salud.

Existen una serie de métodos complementarios (yoga, meditación, mindfulness, acupuntura, biblioterapia, cambios en la alimentación o terapia con animales) que pueden resultar útiles para disminuir la ansiedad y que dependerán de cada persona y de su cultura y sus gustos. (26)

Seguimiento

Para las personas que quieren controlar sus síntomas ha surgido un nuevo método llamado biofeedback en el que por medio de sensores el paciente es consciente en tiempo real de algunos de sus parámetros fisiológicos. Consigue que sea más fácil el proceso de controlar conscientemente su fisiología.

Esto facilita el seguimiento, además de acudir a un grupo de apoyo o a sesiones de psicoterapia individual con un profesional cada cierto tiempo para evaluar la mejora, los síntomas y aquello que haya que modificar del tratamiento.

Además, no debemos olvidarnos de trabajar con la unidad familiar completa por medio de terapias familiares para que exista una comunicación abierta entre los miembros que permita la expresión de sentimientos.

1.7 Diagnósticos enfermeros

Al centrarse en los cuidados de enfermería específicos que se podrían llevar a cabo hay que basarse en las diferentes taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC (30) que incluyen varios diagnósticos enfermeros que podrían usarse para la población elegida. Vivir una guerra implica que todos los patrones se van a ver afectados en mayor o menor

medida, desde el nutricional metabólico hasta el rol-relaciones, pasando por el patrón de sueño-descanso, por tanto, solo se describen aquellos más representativos.

Diagnósticos NANDA		Definiciones
[00135] Duelo complicado		<i>Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional</i>
[00148] Temor		<i>Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro</i>
[00124] Desesperanza		<i>Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar la energía en su propio provecho</i>
[00146] Ansiedad		<i>Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza</i>
[00114] Síndrome de estrés del traslado		<i>Trastorno físico y/o psicológico tras el traslado de un entorno a otro</i>
[00095] Insomnio		<i>Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento</i>
[00096] Deprivación de sueño		<i>Períodos de tiempo prolongados sin sueño (patrón de suspensión relativa, natural y periódica de la conciencia)</i>
[00064] Conflicto del rol parental		<i>Experiencia parental de confusión y conflicto en el rol en respuesta a una crisis</i>
[00060] Interrupción de los procesos familiares		<i>Cambio en las relaciones y/o en el funcionamiento familiar</i>
[00053] Aislamiento social		<i>Soledad experimentada por la persona y percibida como impuesta por otros y como un estado negativo o amenazador</i>
[00120] Baja autoestima situacional		<i>Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual</i>
[00150] Riesgo de suicidio		<i>Vulnerable a una lesión autoinfligida que amenaza la vida</i>
[00140] Riesgo de violencia autodirigida		<i>Vulnerable a conductas que demuestren que una persona puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para sí misma</i>
[00141] Síndrome postraumático		<i>Persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador</i>

Tabla 3. Fuente: Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017 (31). Elaboración propia.

2. JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL TEMA

Los refugiados sirios huyen de su país desde que comenzó la guerra en el 2011. Es un problema social muy prevalente ya que casi 6 millones de personas han abandonado Siria en este tiempo. Además de ser actual, ya que prácticamente cada semana se retransmite alguna noticia nueva sobre un caso de migración forzada, la cantidad de campos de refugiados que existen en Grecia y Turquía o las condiciones en las que llegan a Europa.

El proceso de huida puede afectar a la salud mental de estas personas y sería útil comprobar si existe o no una relación entre esta huida forzada y la aparición de problemas mentales en ellas. Entre los motivos de la elección de este tema se encuentra la cercanía y conocimiento de una familia siria formada por el padre, la madre y sus tres hijos. Tuvieron que huir de Siria, dejarlo todo atrás para llegar aquí y han pasado situaciones violentas, de hambre y dificultad. Sus características, su recorrido y su vida han sido difíciles y les han dejado huella a nivel emocional y psicológico.

Las enfermeras podemos actuar para mejorar su situación aquí, en España. También hay que estar informados de lo que ocurre en el mundo para poder tratar a las distintas personas que llegan al cuidado de la sanidad española de la mejor manera posible y entendiendo su situación personal. No es una nimiedad y se puede hacer mucho para mejorar su calidad de vida.

3. OBJETIVOS

- Objetivo general: Fundamentar las consecuencias que tiene sobre la salud mental de los adolescentes y niños tener que huir de Siria por un conflicto bélico en su país.
- Objetivos específicos:
 - Identificar los problemas de salud prevalentes en los niños y adolescentes refugiados.
 - Explicar las distintas terapias que se utilizan para tratar el estrés postraumático.
 - Describir las intervenciones enfermeras encaminadas a mejorar la salud mental de los refugiados sirios.

4. METODOLOGÍA

La metodología utilizada en este trabajo ha sido la revisión bibliográfica porque es la que se adecuaba más a la consecución de los objetivos del trabajo debido a que busca la evidencia que existe actualmente sobre el tema de los refugiados en España y cómo puede este hecho afectar a su salud mental.

Se ha llevado a cabo una búsqueda en las siguientes bases de datos: PubMed, CUIDEN, CINAHL, Scielo, LILACS y Google Académico.

En la siguiente tabla se resumen los descriptores utilizados en la búsqueda (tanto en inglés como en español) y cómo se han transformado los términos más importantes del objetivo planteado a lenguaje libre y luego a vocabulario controlado.

TÉRMINO DE BÚSQUEDA	DeCS		MeSH (PubMed)	MH (Cinhal)	Palabras clave (Cuiden)
	Inglés	Español			
Refugiados	Refugees	Refugiados	Refugees	Refugees	Refugiados
Siria	Syria	Siria	Syria	Syria	-----
Estrés psicológico	Stress, psychological	Estrés psicológico	Stress psychological	Stress psychological	-----
Cuidados de enfermería	Nursing Care	Atención de enfermería	Nursing Care	Nursing Care	Cuidados de enfermería
Salud Mental	Mental Health	Salud Mental	Mental Health	Mental Health	Salud mental
Estrés postraumático	Stress Disorders, post-traumatic	Trastornos por estrés postraumático	Stress Disorders, post- traumatic	Stress Disorders, post- traumatic	Estrés postraumático
Niño	Child	Niño	Child	Child	Niños
Adolescente	Adolescent	Adolescente	Adolescent	Adolescent	Adolescente
Síndrome de Ulises	-----	-----	-----	-----	Síndrome de Ulises
Estigma	Social stigma	Estigma social	Social stigma	Social stigma	Estigma

Tabla 4. Descriptores utilizados en la búsqueda. Elaboración propia.

Para limitar la búsqueda se han tenido en cuenta una serie de criterios a la hora de clasificar los artículos encontrados.

En la siguiente tabla se muestra cuáles son los criterios considerados de inclusión y que apoyan la elección de los artículos y cuáles son considerados de exclusión.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Publicaciones de menos de 10 años de antigüedad y aquellas que sean pertinentes al tema a pesar de tener más de 10 años de antigüedad	Publicaciones de más de 10 años de antigüedad
Aquellos escritos en inglés o español	Aquellos escritos en otro idioma que no sea inglés o español.
Que contengan abstract disponible.	Que no tengan abstract disponible.
Artículos sobre los refugiados sirios.	Artículos sobre movimientos migratorios distintos del conflicto bélico en Siria.
Aquellos que traten sobre adolescentes y niños.	Textos que traten sobre adultos o ancianos

Tabla 5. Criterios de inclusión y exclusión. Elaboración propia.

La búsqueda fue estructurada de la manera que se muestra en la tabla, utilizando filtros en base al idioma y la fecha de publicación y operadores booleanos como AND y OR. Se realizó una primera selección de artículos después de haber leído solo el título y el abstract.

CUIDEN	Búsqueda realizada	Resultados obtenidos	Eliminación de duplicados	Selección post-abstract
	("Refugiados")AND(("Niños")OR("Adolescente"))	8	0	1
	("Refugiados")AND("Salud mental")	5	1	1
	("Cuidados de enfermería")AND(("Refugiados")AND(("Estrés postraumático")AND("Niños")))	0	0	0
	("Refugiados")AND("Estrés postraumático")	0	0	0
	("Refugiados")AND("Estigma")	0	0	0
	"Síndrome de Ulises"	7	0	3
Pubmed	Búsqueda realizada	Resultados obtenidos	Eliminación de duplicados	Selección post-abstract
	("Refugees"[Majr] AND "Syria"[Majr]) AND "Stress Disorders, Post-Traumatic"[Majr] AND ("2008/12/31"[PDat] : "2018/12/28"[PDat] AND (Spanish[lang] OR English[lang]))	0	0	0
	("Syria"[Mesh] AND "Refugees"[Mesh]) AND (hasabstract[text] AND "2008/12/31"[PDat] : "2018/12/28"[PDat] AND (Spanish[lang] OR English[lang]) AND ("infant"[MeSH Terms] OR "child"[MeSH Terms] OR "adolescent"[MeSH Terms]))	70	9	10
	"Syria"[Mesh] AND ("Stress, Psychological"[Majr:noexp] AND "Refugees"[Majr]) AND ("2009/01/06"[PDat] : "2019/01/03"[PDat] AND ("infant"[MeSH Terms] OR "child"[MeSH Terms] OR "adolescent"[MeSH Terms]))	5	1	1
	("Syria"[Mesh] AND "Refugees"[Mesh]) AND "Mental Health"[Majr] AND (hasabstract[text] AND "2008/12/31"[PDat] : "2018/12/28"[PDat] AND (Spanish[lang] OR English[lang]) AND ("infant"[MeSH Terms] OR "child"[MeSH Terms] OR "adolescent"[MeSH Terms]))	6	6	3
	"Refugees"[Mesh] AND "Nursing"[Mesh] AND (hasabstract[text] AND "2008/12/31"[PDat] : "2018/12/28"[PDat] AND (Spanish[lang] OR English[lang]) AND ("infant"[MeSH Terms] OR "child"[MeSH Terms] OR "adolescent"[MeSH Terms]))	12	0	1
	"Syria"[Majr] AND "Social Stigma"[Majr]	0	0	0
	"Social Stigma"[Majr] AND "Refugees"[Mesh] AND (hasabstract[text] AND "2009/02/28"[PDat] : "2019/02/25"[PDat])	8	3	1

	Búsqueda realizada	Resultados obtenidos	Eliminación de duplicados	Selección post-abstract
	(ulysses[All Fields] AND ("syndrome"[MeSH Terms] OR "syndrome"[All Fields])) AND ("2009/03/14"[PDat] : "2019/03/11"[PDat])	6	0	1
CINAHL	Búsqueda realizada	Resultados obtenidos	Eliminación de duplicados	Selección post-abstract
	Syria AND refugees AND mental health AND (child OR adolescent)	24	4	9
	Siria AND refugiados AND (niños OR adolescente)	3	0	0
	Social stigma AND refugees	7	1	2
SCIELO	Búsqueda realizada	Resultados obtenidos	Eliminación de duplicados	Selección post-abstract
	(refugiados) AND (salud mental) AND la:(“en”OR “es”) AND year cluster:(“2017” OR “2014” OR “2011” OR “2015”)	7	3	0
LILACS	Búsqueda realizada	Resultados obtenidos	Eliminación de duplicados	Selección post-abstract
	(tw:(refugiados)) AND (tw:(salud mental)) AND (tw:(siria)) AND (instance:"regional") AND (limit:("adolescent" OR "child" OR "child, preschool") AND la:("en" OR "es"))	14	13	2
	(tw:(Syria)) AND (tw:(refugees)) AND (tw:(mental health)) AND (instance:"regional") AND (limit:("adolescent" OR "child" OR "child, preschool") AND la:("en"))	21	15	4
	(tw:(refugees)) AND (tw:(Stress Disorders, post-traumatic)) AND (tw:(Syria)) AND (instance:"regional") AND (limit:("adolescent" OR "young_adult" OR "child") AND la:("en"))	9	5	1
	(tw:(refugees)) AND (tw:(social stigma)) AND (tw:(mental health)) AND (instance:"regional") AND (limit:("adolescent" OR "young_adult" OR "child") AND la:("en" OR "es"))	23	22	5
TOTAL		235	83	45

Tabla 6. Descripción de búsqueda realizada en distintas bases de datos. Elaboración propia.

En el Google Académico se buscó refugiados sirios y estrés postraumático y cuidados de enfermería y aparecieron 38 resultados acotando las fechas entre 2008 y 2018. De ellos no se seleccionó ninguno porque no eran fuentes primarias sino Trabajos de Fin de Grado de otras personas.

Tras realizar una lectura en profundidad de todos los artículos elegidos tras la selección preliminar, se llevó a cabo una segunda criba, en la que se escogieron 21 artículos, retirando aquellos que no cumplían con los criterios de inclusión o que estaban repetidos.

5. RESULTADOS

Tras el análisis de los 21 artículos seleccionados (ver anexo I), 20 de ellos están escritos en inglés y un último en español. En cuanto al tipo de estudios, encontramos seis revisiones sistemáticas y bibliográficas, un reporte de un caso clínico y el resto estudios analíticos u observacionales. Hay 4 estudios cualitativos, 10 cuantitativos y uno que mezcla ambas modalidades.

Con el fin de organizar la información relevante de dichos artículos los resultados se han dividido en las siguientes categorizaciones que responden a los objetivos planteados en un inicio.

5.1 Exposición a factores traumáticos

Se ha demostrado en varios artículos (32,33,34,35,36,37,38 y 39) que los factores estresantes y traumáticos a los que se ven expuestos los niños refugiados provocan efectos sobre su salud mental. Un 98,1% de los niños que participaron en el estudio de Eruiyar, Maltby y Vostanis (32) había experimentado al menos un evento traumático siendo el evento más común el haber estado expuestos a un conflicto armado en su país. Los resultados indican que la exposición al trauma contribuyó significativamente a la predicción del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) de los niños.

Otro de los factores traumáticos más repetidos a los que se ven expuestos es la pérdida de alguna persona cercana, habitualmente sus padres. Según Górmuez et al. (33) el 56,2 % de los niños entrevistados afirmó haber perdido a alguien importante desde que el conflicto bélico comenzó. En el estudio de Elsafti et al. (34) casi un 14% de los niños entrevistados había perdido al menos a uno de sus padres y en el de Kandemir et al. (35)

el 71,9 % de los niños entrevistados había perdido a algún familiar de manera violenta, el 73 % había visto personas muertas o gravemente heridas y el 90,4 % había escuchado disparos o explosiones. Hamdan-Mansour et al. (36) aporta datos desgregados por sexo. El 34,8 % de los entrevistados (n=250) vivía solo con su madre porque su padre había muerto, el 1, 6% vivía solo con su padre por el mismo motivo y un 3,2 % vivía con algún otro pariente debido a que ambos habían fallecido.

Un estudio que llevó a cabo Ben Farhat et al. (37) compara la situación de violencia vivida en Siria, en Turquía y en Grecia. En sus resultados mostró que el 50% de los entrevistados había sufrido algún evento violento en Siria entre los que se incluían bombas, palizas, amenazas y abusos sexuales. En Grecia el número de personas que había sufrido un acto violento se reducía al 5,3% y normalmente estos actos eran realizados por la policía o el ejército, por la población local, por otros refugiados o por traficantes. Se han registrado los siguientes actos violentos: palizas, gas lacrimógeno, amenazas y abuso sexual.

Según el artículo de Panter-Brick et al. (38) entre los adolescentes sirios incluidos en el estudio, un 82,5 % reportó haber vivido más de cuatro traumas a lo largo de su vida. El más común de los traumas fue haber sufrido bombardeos en un 80,7 %, estar buscados a la fuerza por el ejército en un 71,5% y ver cómo sus hogares son derruidos por el ejército en un 54,9 %. Un 53,8 % reportó haber visto cuerpos heridos o muertos.

La situación en Siria es precaria. Un 51 % de los niños en edad escolar no tienen acceso a la educación (34), además como hemos visto, muchos niños viven situaciones de violencia diariamente. La acumulación de estas experiencias traumáticas pre-migración y post-migración contribuyen a aumentar el estrés en los niños como nos recuerdan McGuinness y Durand. (39).

5.2 Problemas de salud prevalentes en los niños y adolescentes refugiados

Se dividen los problemas de salud más prevalentes encontrados en esta población entre problemas físicos y problemas psicológicos o que afectan a la salud mental.

Dentro de los **problemas de salud mental** encontramos que:

Un 92 % de los niños entrevistados en un estudio de Gaziantep (40) tenían algún diagnóstico psiquiátrico de acuerdo con el DSM-V. Los problemas más prevalentes

fueron el retraso mental en un 37,3 % de los casos, el trastorno de hiperactividad en el 33,3%, trastornos de conducta con un 21, 6 % e igualados en el 19, 6% el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y el síndrome de espectro autista.

Un 44,2 % de los entrevistados en el artículo de Górmex et al. (33) tienen una puntuación alta en el índice de reacción de los niños para la escala de estrés postraumático, lo que indica un estrés entre moderado y severo. El 69 % dio positivo en la Escala de Ansiedad Infantil Spence (SCAS) para diagnosticar problemas de ansiedad y un 23,1 % reflejaba problemas de distrés.

Dentro de los 332 entrevistados por Ben Farhat et al. (36) se encontró que el 78,6% habían dado positivo al test Refugee Health Screener-15, un test psicométrico para medir los trastornos de ansiedad. Según Eruyar et al. (32) un 50,2 % de los entrevistados sufría Trastorno de Estrés Postraumático.

Kandemir et al. (35) afirmaba que el 47,9 de los entrevistados tenía síntomas depresivos y el 53,2 % podrían tener un trastorno de ansiedad.

En palabras de Sama et al. (41), cuyo estudio mezcla a niños y adultos, antes de la crisis en Siria había 44 pacientes ingresados y después de la crisis ingresan 106, se duplica la cifra inicial. La frecuencia de sufrir esquizofrenia aumenta de un 25 % a un 37,7 %; los trastornos de ansiedad y obsesivos compulsivos que antes de la crisis eran inexistentes suben hasta un 6,6%. La ideación suicida se hizo mucho mayor tras el inicio de la crisis, un 24,5 %, mientras antes era del 9,1% y los intentos de suicidio aumentaron de 6,8 % antes de la crisis a 14,2 % después de la crisis. En 30,2% de los pacientes, los síntomas psiquiátricos están relacionados con el inicio de la crisis y la guerra en Siria.

En los últimos estudios, un psicólogo español acuñó el término Síndrome de Ulises y posteriores autores lo han utilizado para referirse a un conjunto de síntomas que sufren los migrantes debido a los múltiples factores estresantes que experimentan durante su viaje de un país a otro. En el artículo de Bianucci et al. (42) se recuerda que cuando una persona es obligada a hacer frente a una vida extremadamente estresante se vuelve incapaz de elaborar un duelo y permanece en una crisis constante. Si hay presencia concomitante de factores estresantes tanto antes como después de la migración y esta situación se alarga en el tiempo el riesgo de padecer el Síndrome de Ulises aumenta exponencialmente.

Dentro de los **problemas físicos** que se han encontrado:

Los niños pueden sufrir enterobiasis por la escasez de medidas higiénicas en los campos de refugiados. En palabras de Karamitros et al. (43) se comenta como los síntomas de una niña de 9 años que padece enterobiasis (falta de apetito, diarrea, náuseas, insomnio, irritabilidad y dolor abdominal) se confunden con los síntomas de un trastorno de estrés postraumático porque se tiende a pensar que casi todas las personas que han vivido un trauma van a padecer un trastorno postraumático cuando en realidad muchas personas son capaces de sobrellevar ese trauma con sus propias herramientas de aceptación.

Una alimentación adecuada y una buena higiene son puntos importantes en la salud y crecimiento de un niño. En el estudio de Elsafit et al. (34) el 15 % de los niños entrevistados no tenía acceso a comida regularmente. Sin embargo, de entre aquellos que sí recibían alimentación regularmente, el 32 % tenía signos de malnutrición.

Además, muchos de los niños no están vacunados. Según este mismo estudio (34), de aquellos que existe un registro, el estado no estaba al día en el 43% y estaba incompleto en el 17% de los casos.

En palabras de Al-Nuaimi et al. (44) el 57,5% de los encuestados sufría lesiones de la médula espinal y el 22,5% sufría lesión cerebral traumática. Algunos de ellos padecían ambos problemas a la vez. El otro 22,5 % son personas que han sufrido tortura física, heridas de bala o lesiones por explosión pero que no han acabado en lesiones medulares ni cerebrales. En cuanto a trastornos mentales se encuentra que el 22,5 % padece trastorno depresivo mayor, seguido de trastorno de adaptación en un 20 % y trastorno de estrés postraumático en un 15% de la población. En menor porcentaje se encuentra el desorden del estado de ánimo, el trastorno de sueño y del lenguaje relacionados con aquellos que padecen lesión cerebral traumática. Alguno de ellos también sufre trastorno de ansiedad. Hay un 7,5 % que tienen un trastorno cognitivo debido a la lesión cerebral traumática. El resto, un 12,5% de los encuestados, no sufren ningún trastorno mental identificado.

Según Holmes et al. (45) un 68 % de los encuestados indicó que su concentración se ve interrumpida por recuerdos intrusivos del trauma vivido por más de 5 min. mientras que el 32 % lo interrumpe por más de 30 min. Existe una relación entre

aquellos que sufrieron recuerdos intrusivos la pasada semana (21/22) y aquellos que tienen dificultad para concentrarse.

Como nos comenta Hamdan-Mansour et al. (36) el 59 % reporta haber tenido problemas dentales y más del 50 % sufren migrañas. El 24 % afirma sentirse deprimido. El 30 % afirma tener dolor de cabeza entre una y tres veces a la semana. También contempla el dolor estomacal, reincidente y en distintas partes del cuerpo. Se observa una relación significativa entre aquellos niños que padecen de migraña y el enfado que sienten muchos de ellos.

De acuerdo con S. Murray (46) comentando un estudio que realizó Save the children en 2017, un 50 % de los niños aseguró que no se siente seguro estando fuera de la casa y dos tercios afirmaron haber perdido a alguien de su familia, que su casa fuera bombardeada o haber sufrido daño físico durante la guerra.

5.3 La familia como factor protector

Varios de los estudios analizados (47,48 y 49) demuestran que ante el mismo acontecimiento traumático no lo sufre igual un niño con un soporte y una unidad familiar que lo apoye y proteja, que uno que carezca de ella, aunque también se ha estudiado que cuando la familia está viviendo la misma situación estresante podría ejercer un poder negativo para el niño porque se utilizara como desahogo de todos los sufrimientos de los miembros familiares.

En palabras de Amanda Sim et al. (47) la exposición a eventos traumáticos, combinada con la actualidad económica y el estrés social puede afectar la calidad de la crianza y, en última instancia, dar lugar a resultados psicosociales negativos para los niños.

El hecho traumático de vivir una guerra conlleva tres vías interrelacionadas que unen los factores estresantes del desplazamiento y varias dimensiones de la crianza. Las dificultades económicas y de adaptación provocan una menor supervisión y menos tiempo dedicado en la relación padre-hijo; la falta de seguridad, lo que produce un mayor control parental, y las dificultades psicológicas de los padres que se traducen en una crianza severa. (47)

Una de las causas que distancia a padres e hijos es el duro trabajo fuera de casa durante prácticamente todo el día para poder alimentarse y cubrir las necesidades de la

familia. Muchos padres achacan a este motivo los problemas de comportamiento de sus hijos, a que no pueden educarles por falta de tiempo y a que tienen una relación distanciada. (47)

Un sentimiento que experimentan muchos padres de familias refugiadas es la vergüenza y la angustia por verse como negligentes en la realización de su tarea como padres al no poder satisfacer las necesidades de sus hijos. También sienten rabia e impotencia ante la discriminación de los países receptores. Están estresados, sobrepasados, deprimidos, nerviosos, psicológicamente exhaustos y muchas veces vuelcan este sufrimiento en sus hijos, en forma de gritos o alguna otra forma de violencia. Los niños se comportan de manera diferente: son más agresivos, tristes, difíciles, solitarios o nerviosos en palabras de los padres. Cuando los niños son golpeados o gritados por sus padres lo perciben como que nadie les cuida y quiere y esto repercute psicológicamente sobre ellos de manera negativa. (47)

Las razones de la huida que explica el artículo de Mangrio, Zdravkovic y Carlson (48) incluyen la pérdida de trabajo y seres queridos. Su viaje hasta Suiza duró entre 10 y 40 días y tuvieron que atravesar el mar y caminar largas distancias en duras condiciones climáticas. Mucha gente murió en el camino. Los padres explicaban que sus hijos sentían miedo durante el viaje. Además, muchos de ellos aún mantenían imágenes recurrentes del trauma vivido. The Internacional Society for social paediatrics and child health² afirma que vivir acontecimientos traumáticos como la separación de algún miembro familiar, la muerte, abusos sexuales, secuestros o extorsión pueden provocar a largo plazo efectos físicos y psicológicos sobre los niños incluidos la depresión y el trastorno de estrés postraumático.

En otro artículo, escrito por Seyda Erucar et al. (32) la edad de los niños, el sexo femenino, la psicopatología de los padres y el estrés parental se encontraron de forma variable como estadísticamente significativos para explicar los problemas generales de salud mental, así como los problemas emocionales y de conducta específicos.

Muchas veces los padres no son capaces de cuidar y ayudar a sus hijos porque ellos mismos están sufriendo trastornos mentales. Servicios de idioma, empleo y salud

² Es un grupo de profesionales de salud interesados en compartir nuestras experiencias y conocimientos en el campo de la pediatría social y la salud infantil.

mental dirigidos a los padres van a repercutir positivamente sobre la salud de sus hijos según nos recuerdan Hadfield et al. (49).

Para finalizar, estar separados de la familia, en palabras de Ben Farhat et al. (34), es una de las causas de sufrimiento emocional de los refugiados sirios. Algunos se separaron durante el viaje, otros se dividieron porque alguien se quedó en Siria y otros están alejados en Grecia porque no se consideran parte de la familia principal (hijos mayores de edad o hermanos) y no se les facilita el estar juntos.

5.4 Terapias que se utilizan para tratar el estrés postraumático

Para reducir el autoestigma que se puede producir al ser diagnosticado de una enfermedad mental se recomienda recibir psicoeducación, según un estudio realizado en Canadá (49), que a su llegada al país de acogida proporciona a los refugiados ayuda para buscar empleo, clases para aprender el idioma nativo y para rellenar las solicitudes de residencia.

Según el artículo de Panter-Brick et al. (38) se comprobó que los adolescentes que fueron tratados con las intervenciones y la ayuda humanitaria mejoraron su bienestar psicosocial. También se observó que el efecto fue mayor para los jóvenes expuestos a 4 o más traumas que para el resto.

Una medida que llevan a cabo en el estudio de Holmes et al. (45) para mejorar la concentración de los niños expuestos a un trauma es utilizar el Tetris como juego terapéutico. Los niños aseguraban que durante el juego no tenían imágenes disruptivas del trauma, que se lo pasaban bien y lo preferían a un doctor.

Entre los tratamientos para el síndrome de Ulises se encuentran, según un artículo de Farré Rubies et al. (50) los talleres de autoestima, las terapias grupales, el apoyo psicológico, buenos hábitos alimenticios, realizar ejercicio físico, realizar técnicas de disminución del estrés y desarrollar el pensamiento positivo entre otras.

5.5 Intervenciones enfermeras encaminadas a mejorar la salud mental de los refugiados

No se han encontrado resultados que respondan exclusivamente a esta categorización. Muchos de los artículos hacen referencia al hecho de que se deberían destinar fondos a tratar a estas personas, pero es una reflexión que muestran en las conclusiones del artículo y no la suelen desarrollar de manera explícita. También le dan

importancia a la detección precoz para empezar a tratarles cuanto antes, pero no se especifica una medida concreta para detectarlo precozmente.

Según McGuinness y Durand (39) las enfermeras de salud mental deben mejorar el diagnóstico precoz de los refugiados con riesgo de padecer trastorno de estrés postraumático. Mediante la escala CRIES-plus se puede detectar el trastorno de estrés postraumático, el de ansiedad y el de depresión. Los pacientes se apoyan en la fe religiosa y es un recurso que una enfermera debe explotar para apoyarles y forjar una relación de confianza. Dos medidas que se pueden tomar para mejorar la relación terapéutica son enseñar el idioma del nuevo país de acogida y mejorar el apoyo familiar utilizando recursos comunitarios.

5.6 Escalas utilizadas para el diagnóstico

En los distintos artículos analizados utilizan formas diferentes de obtener la información. En algunos por medio de entrevistas, en otros con cuestionarios y herramientas de diagnóstico. Vamos a destacar las escalas y test más comunes.

The Strengths and Difficulties Questionnaire aparece reiteradamente en la metodología de varios artículos (33,36 y 38). Consiste en un test de 25 ítems validado y que permite la evaluación emocional y conductual de los niños. Está formada por 5 subescalas que incluyen los síntomas emocionales, la conducta, la hiperactividad y la falta de atención, los problemas de convivencia y el comportamiento social. Las puntuaciones más altas indican mayor dificultad en ese campo excepto en el de comportamiento social.

La escala Arab Youth Mental Health tiene 24 ítems y fue específicamente diseñada para detectar la ansiedad y la depresión en niños lebaneses. La lista de eventos traumáticos modificada (38). La escala de Inseguridad Humana (miedos, incapacidad de cubrir sus necesidades y mantener a la familia segura) y la de estrés humano (para detectar sentimientos de frustración, humillación o incapacidad) también se usaron durante el transcurso de ese estudio.

Mediante la escala CRIES (Children's Revised Impact of Events Scale-8), utilizada en un artículo de McGuinness y Durand (39) y en el de Eruyar et al. (32) se pueden detectar los síntomas del trastorno de estrés postraumático, el de ansiedad y la depresión.

En el artículo de Kandemir et al. (35) se utiliza la escala Children's Depression Inventory que sirve para calificar la severidad de los síntomas depresivos en niños y adolescentes. Consta de 27 ítems que se puntúan entre 0-2 dependiendo de cómo se sienta la persona que responde al cuestionario. Otra escala que utiliza es la de Screen for Child Anxiety Related Disorders que consta de 41 preguntas tipo Likert entre 0-2 y se administra a los padres o a los propios niños para buscar síntomas de ansiedad en ellos. Una puntuación mayor de 25 indica presencia de un trastorno de ansiedad.

Otro test de medida fue el Refugee Health Screener-15 (36) que se utiliza para observar trastornos de ansiedad en la población refugiada. Está formada por 15 preguntas entre las que se encuentra un termómetro de distrés que va desde 0 (las cosas van bien) hasta 10 (me siento peor que nunca), otro apartado de síntomas que debes elegir entre 0-4. Si la puntuación es mayor de 12 se considera que el test es positivo.

Para comprobar el nivel de estigma interno que tienen las personas hacia una enfermedad mental se puede realizar el Internalized Stigma of Mental illness (51), una escala de 29 ítems que se agrupan en subescalas que miden la enajenación, la discriminación percibida, el retiro social, la resistencia al estigma y los estereotipos que llevan endosados. Sin embargo, ningún artículo menciona esta escala.

Por último, decir que casi todas las escalas se tradujeron y validaron al árabe para que fuera más accesible para la población a la que se lo estaban administrando.

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Ante toda esta problemática encontrada tras analizar los artículos en la población refugiada que viene de Siria, se van a analizar algunas ideas sobre las que se debe reflexionar y hacer hincapié.

6.1 Importancia de la educación social

En la introducción se ha hablado del estigma social relacionado con los refugiados y con los problemas de salud mental. La mejor solución a este problema, que además agrava la situación de los sirios, es educar a los niños, desde que son pequeños, y a la población de los países de acogida para que esas ideas que se han formado acerca de los refugiados cambien cuando conozcan su cultura, sus costumbres o sus gustos. Así se acabará con ese desconocimiento que es la base del miedo. La población siria sufre a lo largo de todo el proceso de huida una serie de factores estresantes recurrentes en todos los artículos como son la exposición a la guerra o a los explosivos, el haber perdido a uno o más seres queridos, el haber sufrido violencia física, sexual o verbal y, además, al llegar a otro país también sufren la discriminación que les demuestra parte de la población del país de acogida. Dando importancia a la educación conseguiremos reducir este último factor estresante.

La colaboración de mediadores interculturales o intérpretes puede ser un punto importante de intervención, pues al desconocer el idioma, la comunicación es más difícil y esto aumenta la frustración sentida al ver que no se les entiende. Además, por parte de la población de acogida, al comprobar que no hay una buena comunicación ni entendimiento, se puede aumentar ese sentimiento de lejanía hacia la otra persona, se aumentan las diferencias y no ayuda a disminuir esas barreras culturales existentes.

Entre las intervenciones se puede intentar aumentar la resiliencia de cada persona, su capacidad para mantener su salud física y mental tras haber vivido una experiencia traumática. Además, me parece importante destacar que estas personas no emigran con un plan o una idea previa, huyen para sobrevivir y tienen que salir casi con lo puesto.

6.2 Entorno Social

La población siria parte de un entorno destruido, de la masacre, la guerra, el hambre, el miedo y la violencia. Esta es su situación original y aquello de lo que huyen,

pero al llegar a otro país se encuentran con que el entorno tampoco es favorable para ellos. No conocen el idioma (en la mayoría de los casos), no tienen casa ni trabajo estables, no tienen documentación y las costumbres son distintas. Sufren discriminación, viven junto a un montón de gente en los campos de refugiados en los que carecen de intimidad, las condiciones higiénico-dietéticas son mejorables, los niños muchas veces no reciben educación y tienen muchas dificultades para conseguir trabajo. Sus esperanzas de encontrar un sitio en el que vivir mejor y en paz pueden verse truncadas al sufrir discriminación en el país de acogida y al tener muchas dificultades para encontrar trabajo y ser aceptados en la sociedad. El Estado legitima esta discriminación porque no lleva a cabo medidas inclusivas ni cumple los acuerdos a los que llega con Europa, como la Convención de Ginebra que se incumplió en, al menos, dos ocasiones (12) o el número de refugiados que se acordó acoger en la Comisión Europea, ha sido incumplido en más del 75% de lo acordado (14).

6.3 Influencia de la familia

Como se menciona en los resultados encontrados, la familia puede influir de manera positiva o negativa sobre los niños sirios que huyen de la guerra en su país. En primer lugar, si un niño se encuentra solo en un entorno extraño como es otro país porque ha perdido a sus padres y no tiene nadie que cuide de él, esto afecta negativamente sobre su salud mental y sobre su autocuidado básico.

Sin embargo, muchos de los niños que sí conservan a sus padres también han tenido problemas de salud mental porque sus padres también sufren ansiedad o trastorno de estrés postraumático y esto repercute sobre ellos por la manera que tienen de interrelacionarse. En varios de los artículos analizados (32, 47 y 49) se afirma que los padres se desahogan con sus hijos después de todas las horas trabajadas o les sobreprotegen por miedo a que les ocurra algo, no se sienten buenos padres porque su rol ha cambiado y ya no tienen todo el control sobre lo que ocurre en su familia.

Otros niños que viven con su familia muestran mejoras tras haber pasado un trauma porque existe un apoyo familiar fuerte y tienen capacidades para controlar las situaciones estresantes y adaptarse al nuevo entorno. Expresan sus sentimientos y emociones abiertamente entre ellos, lo que refuerza sus lazos y aumenta la confianza entre ellos.

A menudo no comparten tiempo unos con otros porque los horarios laborales son muy extensos y no se adecúan a las posibilidades de la familia y esto produce que la relación de los padres con los hijos sea lejana y distante, lo que repercute sobre la salud mental tanto de niños como de padres.

6.4 Rol enfermero

Como se ha podido observar en apartados anteriores no se ha encontrado mucha bibliografía centrada en la actuación enfermera. La mayoría de los artículos no especifican qué profesional ha realizado la investigación o qué profesional puede realizar esa técnica y esto puede deberse a que no existen artículos escritos por enfermeras o a que no se les da el reconocimiento debido cuando participan en un equipo de investigación.

Siempre que se tiene que cuidar de una persona es fundamental instaurar una buena relación terapéutica. Si la persona que se está tratando confía en la enfermera los resultados que se van a obtener son mejores, disminuirá su nivel de estrés porque sentirá apoyo y seguridad. Debe ser un ambiente cómodo, cercano, basado en la escucha activa y la empatía para que la persona que recibe esos cuidados no sienta en ningún momento que se la está juzgando y sea capaz de abrirse y expresar todo lo que ha pasado, consiguiendo una mejor evolución en las terapias. Hay que tener en cuenta que es probable que las consultas se alarguen debido a la diferencia idiomática, pero no hay que tener prisa (52). Una de las dificultades a las que se enfrenta el profesional sanitario cuando se encuentra frente a un refugiado sirio o un inmigrante que no habla español es la dificultad para el entendimiento. Se suele recurrir a la comunicación no verbal, pero esta puede dar lugar a malentendidos o interpretaciones erróneas.

En palabras de José Gabriel Campos (52) la figura del intérprete-mediador intercultural en el ámbito sanitario español es muy desconocida y por lo tanto se le debe dar importancia y visibilidad a este colectivo de profesionales. Un mediador es más que un intérprete porque no se centra meramente en la traducción, esto es solo una parte además de la educación en tradiciones y hábitos culturales, comunicación intercultural y campos de especialidad (nociones básicas de medicina, derecho, educación...). La persona que solicita la colaboración de un mediador debe identificar muy bien el idioma del paciente con el que se quiere trabajar para pedir uno que sea acorde, ya que existen muchos dialectos y hay que especificar cuál es, en la medida de lo posible.

Se debe dar importancia al vínculo que existe entre el idioma y la cultura y, los profesionales sanitarios, tienen que ser conscientes de ello. Estos intérpretes-mediadores deben estar formados para saber tratar con personas que han pasado un trauma, que huyen de la guerra. Deben conocer ambos idiomas y ambas culturas, pero no basta solo con eso, sino que al tratarse de un tema tan delicado e íntimo como es la salud de una persona, también deben estar formados en habilidades comunicativas y tener conocimientos sanitarios para poder transmitir la información de manera que el mensaje llegue a la otra persona (52). Este intérprete debe incluirse en el equipo sanitario para poder trabajar y conocer el estado de la persona con la que se comunica. También se debe delimitar cuál es su función dentro de un centro sanitario para poder recurrir a ellos cuando verdaderamente sean necesarios y no cargarles de tareas que no les corresponden.

Además, sería más eficaz que la comunicación se llevara a cabo cara a cara en lugar de por teléfono porque se expresa y se coge más confianza con una persona que tienes delante. Sin embargo, si no es posible, el teléfono de tele-traducción resulta muy útil porque es inmediato y para casos puntuales o urgentes como una operación o conocer las alergias de una persona es necesaria la inmediatez que ofrece, ya que a veces el intérprete llega días después de que se haya avisado que se necesita de sus conocimientos porque no está en el propio centro.

A menudo es algún familiar o voluntario quien sabe español y es capaz de traducir entre el profesional sanitario y el paciente, pero no se trata de personas formadas para ello. Se debería hacer una inversión de recursos en servicios sociales porque es necesario que existan figuras que conozcan de manera profesional la cultura de personas migrantes y así puedan tratarles y conectar mejor con ellos.

En general existe un desconocimiento y una falta de reconocimiento por la figura del mediador-intérprete. Además, está más valorado y se le otorga más prestigio a los intérpretes de congresos o ponencias que a un intérprete social.

En base a los factores estresantes que se han encontrado en los artículos se realiza una tabla de elaboración propia con los diagnósticos y el por qué son adecuados para este tipo de población. Además, se plantean una serie de objetivos y de intervenciones enfermeras. Como en cualquier plan de cuidados lo primero que se debe hacer es una valoración completa del niño incluyendo una exploración física de todos los patrones de salud (dar especial importancia al estado vacunal y a los hábitos alimenticios) y una

anamnesis (antecedentes personales, país de origen e historia social de su viaje migratorio).

INDIVIDUOS: NIÑOS/ADULTOS		
NANDA	NOC	NIC
Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales [00002]	<ul style="list-style-type: none"> Estado nutricional [1004] 	<ul style="list-style-type: none"> Terapia nutricional [1120] Alimentación [1050]
Ansiedad [00146]	<ul style="list-style-type: none"> Nivel de ansiedad [1211] 	<ul style="list-style-type: none"> Disminución de la ansiedad [5820] Disminución del estrés por traslado [5350]
Síndrome postraumático [00141]	<ul style="list-style-type: none"> Nivel de miedo: infantil [1213] Bienestar personal [2002] 	<ul style="list-style-type: none"> Terapia del trauma: niño [5410] Apoyo emocional [5270] Potenciación de la autoconciencia [5390]
Riesgo de suicidio [00150]	<ul style="list-style-type: none"> Autoestima [1205] Adaptación al traslado [1311] 	<ul style="list-style-type: none"> Potenciación de la autoestima [5400]
Riesgo de infección [00004]	<ul style="list-style-type: none"> Conductas de vacunación [1900] Control del riesgo [1902] 	<ul style="list-style-type: none"> Educación para la salud [5510] Manejo de la inmunización /vacunación [6530]
Insomnio [00095]	<ul style="list-style-type: none"> Sueño [0004] 	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar el sueño [1850]
Baja autoestima situacional [00120]	<ul style="list-style-type: none"> Autoestima [1205] Resiliencia personal [1309] 	<ul style="list-style-type: none"> Potenciación de la autoestima [5400] Fomentar la resiliencia [8340]
FAMILIAS		
NANDA	NOC	NIC
Aislamiento social [00053]	<ul style="list-style-type: none"> Severidad de la soledad [1203] 	<ul style="list-style-type: none"> Potenciación de la socialización [5100] Potenciación de la autoestima [5400]
Duelo complicado [00135]	<ul style="list-style-type: none"> Afrontamiento de problemas [1302] Resiliencia familiar [2608] 	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar la resiliencia [8340] Facilitar el duelo [5290]
Procesos familiares disfuncionales [00063]	<ul style="list-style-type: none"> Integridad de la familia [2603] Funcionamiento de la familia [2602] 	<ul style="list-style-type: none"> Estimulación de la integridad familiar [7100] Terapia familiar [7150]

Tabla 7. Fuente: Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017 (31). Elaboración propia.

7.FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Para futuras líneas de investigación este es un tema muy amplio y, desgraciadamente, de actualidad. Saber cómo actuar ante una situación de estrés postraumático, reconocerlo y tratarlo son varias herramientas claves para que los refugiados puedan mejorar su nivel de salud mental al llegar a un país de acogida. Además, prevenir su aparición debe ser una de nuestras metas. Conociendo los estresores podemos disminuir aquellos que tienen que ver con su proceso de adaptación al país de acogida como se recogía en el artículo de Canadá (49) (enseñar el idioma, facilitar la solicitud de acogida o favorecer el acceso a un trabajo).

Habría que investigar acerca de una escala específica que valorara los factores estresantes que atraviesa una persona refugiada y cómo se relaciona esto con un riesgo alto de padecer un trastorno de ansiedad o de estrés postraumático. Existen escalas para valorar la ansiedad como la Refugee Health Screener-15 (36), pero falta más validación en el uso de estas escalas con refugiados sirios en particular.

Promover cursos y programas de educación para la salud en los colegios para que se conozca la problemática y la cultura de las personas sirias desde que son pequeños y así cuando se reciba a algún refugiado en clase no se producirá un rechazo debido al desconocimiento.

Realizar educación para la salud para disminuir el estrés de la población general. Dar a conocer herramientas para disminuir y controlar los factores estresantes y aprender a relajarse practicando técnicas como el mindfulness, el zentangle o el yoga.

En los medios de comunicación, el Estado podría proponer una campaña de anuncios que promovieran hábitos saludables para disminuir el estrés. También se debe presionar al Gobierno para que España acoga a más refugiados y para que se cumplan los acuerdos a los que se llegó con Europa, como la Convención de Ginebra (10) o el acuerdo de reubicación de refugiados de acuerdo con la Comisión Europea (13).

En los distintos trabajos se tendría que hacer una política para valorar el nivel de estrés de los empleados y mejorar su salud mental. Además, se les puede dotar de herramientas para que sean capaces de afrontar ese estrés laboral cuando las medidas organizativas no den resultados.

A nivel sanitario se debería estandarizar el papel de los mediadores- intérpretes para que todos los profesionales conozcan cuál es su labor y poder trabajar en equipo con ellos, mejorando el cuidado ofrecido a todos los migrantes.

Por último, sería interesante realizar un protocolo de actuación inicial para los profesionales de salud. De esta forma cuando llega al sistema nacional de salud una persona refugiada, se tendría en cuenta su lugar y su motivo de procedencia.

8.LIMITACIONES DEL TRABAJO

Entre las limitaciones presentes para la realización de esta revisión bibliográfica se encuentran la escasa bibliografía específica para la actuación enfermera ante estos casos. No se han encontrado supuestos en los que se revise un plan de cuidados enfermero porque en general los artículos mostraban una realidad y no proponían una actuación ante la situación presente.

En el caso del síndrome de Ulises, al ser un término que se ha acuñado en España hace relativamente poco tiempo, no existe casi bibliografía en inglés que trate este tema, ni se ha podido encontrar un descriptor de este término en el DECs.

Otra limitación fue la escasez de artículos que hicieran referencia a la situación de España en concreto. Ninguno de los artículos seleccionados es de España, porque no hay tanta investigación en este sector, ya que según el INE (6) hay unos 7.105 refugiados sirios en España, a fecha de 1 de enero de 2019. Sin embargo, los datos encontrados pueden extrapolarse perfectamente a España porque otros países europeos han tomado medidas que son practicables y se pueden llevar a cabo aquí también.

9.AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco especialmente a mi profesora y tutora Matilde Arlandis su acompañamiento y su paciencia en este proceso de aprendizaje durante la realización de este trabajo en el que nos ha guiado, motivado y aconsejado hasta llegar al resultado final.

También agradezco a todos los profesores y profesoras del grado que han incentivado y motivado mi enseñanza y mi crecimiento personal y académico para convertirme en la persona que soy ahora. A todos los profesionales enfermeros con los que he tenido la suerte de compartir mis prácticas clínicas agradecerles que me mostraran con su ejemplo lo que es la buena praxis enfermera, el cuidado holístico a la persona.

A mis compañeros y amigos de carrera, con los que he tenido la suerte de trabajar y sentirme comprendida y acompañada. De ellos he aprendido que debes perseguir tu sueño y esforzarte, ayudando a aquellos que tienes al lado porque trabajando en equipo se obtienen mejores resultados y tu aprendizaje será más completo y enriquecedor.

Por último, dar las gracias a mi familia, a mis padres y mis hermanas, por su paciencia y apoyo en todo momento, por los ánimos y los consejos, por escucharme y aguantar mis nervios durante toda la realización de este trabajo. Sin ellos no habría sido posible y siempre me han recordado que ponga lo mejor de mí en aquello que haga.

10.BIBLIOGRAFÍA

1. RAE Real Academia Española. Diccionario de la lengua española (22ª ed). Madrid, España. 2018.
2. Abaitua S, Argote R, Bárcena P, Bocos I, Caballero I, Canivell J, et al. Diccionario de Asilo [Internet]. Bilbao: CEAR; 2014 (consultado el 13 de enero de 2019). Disponible en: <http://diccionario.cear-euskadi.org/>
3. Siria: una Perla antigua - Siria (Homs Online) [Internet]. Homsonline.com. 2008 [citado el 11 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.homsonline.com/ES/Siria/Siria.htm>
4. Barnard A. Análisis: La metástasis del conflicto sirio y la fragilidad del orden mundial. The New York Times [Internet]. Líbano, 21 de abril de 2017 (consultado el día 20 de enero de 2019). Disponible en: <https://www.nytimes.com/es/2017/04/21/analisis-la-metastasis-del-conflicto-sirio/>
5. Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados. Emergencia en Siria [Internet]. UNHCR. 2019 [citado el 8 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.acnur.org/latam/emergencia-en-siria.html>
6. ACNUR. Syria Regional Refugee Response. Turquía: ACNUR. 2019 (consultado el 13 de marzo de 2019). Disponible en: <https://data2.unhcr.org/en/situations/syria>
7. Instituto Nacional de Estadística. Población (españoles/extranjeros) por país de nacimiento y sexo. [Internet]; Madrid; INE; 2019 (consultado el 2 de abril de 2019). Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p04/provi/10/&file=00000006.px>
8. ONU: Asamblea General, *Declaración Universal de Derechos Humanos*, 10 de diciembre de 1948, 217 A (III), [citado el 22 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/docid/47a080e32.html>
9. España. Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria [Internet]. Boletín Oficial del Estado, de 31 de octubre de 2009, núm. 263; pp 4-27 (consultado el 4 de febrero de 2019). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2009/BOE-A-2009-17242-consolidado.pdf>
10. ONU: Asamblea General, Convención sobre el Estatuto de los Refugiados, 28 de julio de 1951, United Nations, Treaty Series, vol. 189, p.137. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/docid/47160e532.html>
11. España. Ley Orgánica 4 /2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana [Internet]. Boletín Oficial del Estado, 31 de marzo de 2015, núm.77; pp 27216- 27243

- (consultado el 15 de enero de 2019). Disponible en: <https://boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2015-3442>
12. Tribunal Europeo de Derechos Humanos (Sección 3ª). Asunto N.D. y N.T. contra España. Sentencia del 3 de octubre de 2017, Estrasburgo.
 13. Comisión Europea (Hoja informativa). Crisis de los refugiados: la Comisión Europea toma medidas decisivas (preguntas y respuestas). 9 de septiembre de 2015, Estrasburgo.
 14. Comisión Española de Ayuda al Refugiado. ¿Qué pasó con los compromisos de acogida de refugiados? CEA[R]. 26 de septiembre de 2018 (consultado el 22 de marzo de 2019). Disponible en: <https://www.cear.es/que-paso-con-los-compromisos-de-acogida-de-refugiados/>
 15. Crocker, J., Major, B., y Steele, C. (1998). Social Stigma. En D.T. Gilbert, S.T. Fiske y G. Lindzey (Eds.): The Handbook of social psychology (4ª edición, pp. 504-553). New York: McGraw-Hill.
 16. Médicos del mundo. Testimonios de refugiados sirios viviendo en el Campo de Refugiados Zaatari en Jordania [Internet]. 2013 [citado el 4 de febrero 2019]. Disponible en: <http://www.mdm.org.ar/prensa/articulo/137/Testimonios-de-refugiados-sirios-viviendo-en-el-Campo-de-Refugiados-Zaatari-en-Jordania->
 17. ActivaMent [Internet]. Barcelona: Colectivo Activo de Personas con la Experiencia del Trastorno Mental. (Consultado el 22 de enero de 2019). Disponible en: <http://www.activament.org/es/#sthash.Tj8ivqA3.dpbs>
 18. Goffman E. Estigma: la identidad deteriorada. 1ª ed., 10ª reimp. Buenos Aires. Amorrortu, 2006.
 19. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2006/10.
 20. Riemann, Fritz. Anxiety: Using Depth Psychology to Find a Balance in Your Life. 4ª edición. Alemania; Reinhardt; 2009.
 21. Los 4 tipos de ansiedad y sus causas profundas [Internet]. Cuerpamente. 2018 [citado el 19 de enero 2019]. Disponible en: https://www.cuerpamente.com/psicologia/desarrollo-personal/tipos-ansiedad-causas_1577
 22. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. El estrés [Internet]. (Consultado el 14 de febrero de 2019). Disponible en: <https://www.cop.es/colegiados/ca00088/pag13.htm>

23. Achotegui J. Estrés límite y salud mental: Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). Revista Norte de salud mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría. 2005. 4 (21): 39-53. Disponible en: https://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/19/docs/Areas/Inmigracion/Otras%20Jornadas/Jornadas%20Salud%20Mental%20e%20Inmigraci%C3%B3n/SINDROME_ULISES.pdf
24. Anselmi P, Wearmouth R. Las enfermedades mentales hacen mella en los niños sirios por la guerra [Internet]. El Huffington Post. 2018 [citado el 16 febrero 2019]. Disponible en: https://www.huffingtonpost.es/2018/03/15/las-enfermedades-mentales-hacen-mella-en-los-ninos-sirios-por-la-guerra_a_23304596
25. O.M.S.: CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
26. Evangelidou S, Collazos Sánchez F, Qureshi Burckhardt A. Guía Breve sobre el Apoyo en Salud mental/Psicosocial a los refugiados sirios en España. Norte de salud mental. 2016;14 (55): 66-77.
27. Latinos. NAMI: National Alliance on Mental Illness [Internet]. Nami.org. 2019 [citado el 15 febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.nami.org/Find-Support/Diverse-Communities/Latino-Mental-Health/La-salud-mental-en-la-comunidad-latina-/Trastorno-por-estres-postraumatico>
28. Foa, E, Keane, T, Friedman M. Effective Treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. 1ª ed; New York: The Guilford Press; 2000.
29. Goldstein R, Smith S, Chou S, Saha T, Jung J, Zhang H, Pickering R, Ruan W, Huang B, Grant B. The Epidemiology of DSM-5 Posttraumatic Stress Disorder in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2016; 51 (8): 1137-1148.
30. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería. [Internet]. NNNConsult. Elsevier; 2015 [citado el 12 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>
31. Herdman T, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. NANDA International; 2015.
32. Eruyar S, Maltby J, Vostanis P. Mental health problems of Syrian refugee children: the role of parental factors. European Child & Adolescent Psychiatry 2018; 27:401–409.

33. Babacan B, Demirbaş S, Demirlikan S, Gormez V, Kınık K, Nur Kılıç H, Nursoy Demir M, Orengul A.C, Semerci B. Psychopathology and Associated Risk Factors Among Forcibly Displaced Syrian Children and Adolescents. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2018; 20:529–535
34. Elsafti A, van Berlaer G, Al Safadi M, Debacker M, Buyl R, Redwan A, Hubloue I. Children in the Syrian Civil War: the Familial, Educational, and Public Health Impact of Ongoing Violence. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 2016; 10(6): 874-882.
35. Çeri F, Kandemir H, Kandemir S B, Karataş H, Solmaz A, Solmaz F. Prevalence of war-related adverse events, depression and anxiety among Syrian refugee children settled in Turkey. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2018; 27:1513–1517.
36. AbdulHaq B, Arabiat D, Hamdan-Mansour A, Khalil A, Razeq N. A. Displaced Syrian children's reported physical and mental wellbeing. *Child and Adolescent Mental Health*. 2017; 22(4):186–193.
37. Ben Farhat J, Bjertrup P, Blanchet K, Cohuet S, Coulborn R. M, Mayaud P, Perrin C, Veizis A. Syrian refugees in Greece: experience with violence, mental health status, and access to information during the journey and while in Greece. *BMC Medicine* [Internet]. 2018 (consultado el 11 de enero de 2019); 16:40. Disponible en: <https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-018-1028-4>
38. Panter-Brick C, Dajani R, Eggerman M, Hermosilla S, Sancilio A, Ager A. Insecurity, distress and mental health: experimental and randomized controlled trials of a psychosocial intervention for youth affected by the Syrian crisis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2018; 59(5):523–541.
39. McGuinness, Teena M; Durand, Simone C. Mental Health of Young Refugees. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*; 2015. 53(12):16-18.
40. Mehmet Karadag, Cem Gokcen, Funda Dandil & Baran Calisgan. Our experience with Syrian refugee patients at the child and adolescent psychiatry clinic in Gaziantep, Turkey. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2018; 22(2):157-159.
41. Lama S, François K, Marwan Z, Sami R. Impact of the Syrian Crisis on the Hospitalization of Syrians in a Psychiatric Setting. *Community Mental Health Journal*. 2015;52(1):84-93.
42. Bianucci R, Charlier P, Perciaccante A, Lippi D, Appenzeller O. The “Ulysses syndrome”: An eponym identifies a psychosomatic disorder in modern migrants. *European Journal of Internal Medicine*. 2017; 41:30-32.

43. Athanasopoulos F, Karamitros G, Kitsos N. A case of enterobiasis presenting as post-traumatic-stress-disorder (PTSD): a curious case of the infection with predominant mental health symptoms, presenting for the first time in the settings of a refugee camp. *Pan African Medical Journal*. 2017; 27: 111.
44. Al-Nuaimi S, Aldandashi S, Saed Easa A, Saqqur M. Psychiatric morbidity among physically injured Syrian refugees in Turkey. *Comprehensive Psychiatry*. 2018; 8: 34–38.
45. Holmes E, Ghaderi A, Eriksson E, Lauri K, Kukacka O, Mamish M et al. ‘I Can't Concentrate’: A Feasibility Study with Young Refugees in Sweden on Developing Science-Driven Interventions for Intrusive Memories Related to Trauma. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2017;45(02):97-109
46. Murray J. Toxic stress and child refugees. *J Spec Pediatr Nurs*. 2018;23 (1).
47. Sim A, Fazel M, Bowes L, Gardner F. Pathways linking war and displacement to parenting and child adjustment: A qualitative study with Syrian refugees in Lebanon. *Social Science & Medicine*. 2018; 200:19-26.
48. Mangrio E, Zdravkovic S, Carlson E. A qualitative study of refugee families' experiences of the escape and travel from Syria to Sweden. *BMC Research Notes*. 2018; 11:594.
49. Hadfield K, Ostrowski A, Ungar M. What Can We Expect of the Mental Health and Well-Being of Syrian Refugee Children and Adolescents in Canada? *Canadian Psychology*. 2017; 58 (2): 194-201.
50. Farré Rubies J, Simó Alòs M, Mérida Galán M^a P, Pelegrí Pach T, Baiget Bada M, Miñano García C. Necesidad de atención sanitaria, en el Síndrome de Ulises. *Ciber Revista*. 2014; 40.
51. A. Kira I, Ramaswamy V, Lewandowski L, Mohanesh J, Abdul-Khalek H. Psychometric assessment of the Arabic version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) measure in a refugee population. *Transcult Psychiatry*. 2015;0 (0): 1-23.
52. Campos López J. Mediación intercultural y traducción/ interpretación en los servicios públicos: el caso de la atención sanitaria a población inmigrante de origen magrebí. *Jornades de Foment de la Investigació. Universitat Jaume I*. 2004; 10 (48).

ANEXO 1

Nombre del artículo	Autores	Fecha y lugar de publicación	Diseño del estudio	Muestra	Principales resultados
Necesidad de atención sanitaria en el síndrome de Ulises.	Juan Jorge Farré Rubies, Meritxell Simó Alòs, M ^a Pilar Mérida Galán, Teresita Pelegrí Pach, Montserrat Baiget Bada, Carolina Miñano García	2014, España	Revisión bibliográfica	-----	Se pretende dar a conocer el síndrome de Ulises entre los profesionales de enfermería y profundizar en su diagnóstico diferencial para no confundirlo con la depresión o el trastorno de estrés postraumático. Por último, se da importancia a la existencia de una escala de evaluación del estrés y el duelo migratorio.
Impact of the Syrian Crisis on the Hospitalization of Syrians in a Psychiatric Setting	Souaiby Lama, Kazour Francois, Zoghbi Marwan, Richa Sami	2015, Estados Unidos	Estudio ecológico, descriptivo, comparativo retrospectivo	44 pacientes antes de la crisis y 106 después	Hace una comparación entre el número de sirios ingresados antes y después del inicio de la crisis en un hospital psiquiátrico. La mayoría ingresó por esquizofrenia (37,7%) y la ideación suicida fue mayor tras la crisis.
Psychometric assessment of the Arabic version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) measure in a refugee population	Ibrahim A. Kira, Vidya Ramaswamy, Linda Lewandowski, Jamal Mohanesh, Husam Abdul-Khalek	2015, Estados Unidos	Estudio analítico longitudinal con análisis factorial, de correlación y de regresión múltiple	330 personas de Iraq, Yemen y Líbano que residen en EEUU d edad entre 18 y 76 años	El formato en lengua árabe tiene unas cualidades psicométricas robustas de confiabilidad y valide. Se encontró asociación entre el estigma general y los síntomas de estrés postraumático, depresión y ansiedad. También se encontró que la resistencia al estigma se asoció positivamente con una valoración positiva de los eventos traumáticos.

Nombre del artículo	Autores	Fecha y lugar de publicación	Diseño del estudio	Muestra	Principales resultados
Mental Health of Young Refugees	McGuinness, Teena M.; Durand, Simone C.	2015, Estados Unidos	Revisión sistemática	-----	Habla de que muchos de los niños que han pasado por una situación violenta tienen más riesgo de sufrir síndrome de estrés postraumático y depresión. Las tasas de trastorno de estrés postraumático entre los niños refugiados supera el 50%. Muchos de ellos desconocen los recursos adecuados de atención de salud mental por eso es importante la figura de una enfermera psiquiátrica que detecte y trate a los niños con PTSD o depresión.
Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict.	Hassan G, Ventevogel P, Jefee-Bahloul H, Barkil-Oteo A, Kirmayer LJ.	2016, Reino Unido	Revisión sistemática cualitativa	-----	Los refugiados sirios pueden sufrir muchos problemas de salud mental: exacerbar aquellos que ya padecían, nuevos problemas surgidos por la experiencia traumática vivida y aquellos relacionados con la adaptación a las nuevas culturas y países. Los niños son una de las poblaciones más vulnerables y hay que tratar de garantizar un entorno seguro para ellos.
Children in the Syrian Civil War: the Familial, Educational, and Public Health Impact of Ongoing Violence.	Mohamed Elsafti A, van Berlaer G, M, Debacker M, Buyl R, Redwan A, Hubloue I	2016, Reino Unido	Estudio observacional de corte transversal	1001 niños, cuya edad media es de 6 años	El 5% había perdido a sus padres. Los niños carecían de acceso a agua potable (15%), saneamiento adecuado (23%), nutrición saludable (16%) y proveedores de atención médica pediátrica (64%). La vacunación fue inadecuada en el 72%. Más de la mitad de los niños en edad escolar no tenían acceso a la educación.

Nombre del artículo	Autores	Fecha y lugar de publicación	Diseño del estudio	Muestra	Principales resultados
The “Ulysses syndrome”: An eponym identifies a psychosomatic disorder in modern migrants.	Raffaella Bianucci, Philippe Charlier, Antonio Perciaccante, Donatella Lippi, Otto Appenzeller	2017, Bélgica	Revisión bibliográfica	-----	La gran mayoría de los migrantes se enfrentan a viajes migratorios peligrosos. Al llegar a otro país están expuestos a factores de estrés de adaptación como diferente idioma, aislamiento, falta de oportunidades de trabajo, disminución del estatus social y sensación de fracaso. Estos son factores estresantes que pueden desembocar en el "síndrome de Ulises", que incluye irritabilidad, nerviosismo, migraña, dolor de cabeza por tensión, insomnio, cansancio, miedo, pérdida de apetito y malestar generalizado mal definido.
Our experience with Syrian refugee patients at the child and adolescent psychiatry clinic in Gaziantep, Turkey.	Mehemet Karadag, Cem Gokcen, Funda Dandil, Baran Calisgan.	2017, Turquía	Estudio retrospectivo descriptivo	51 niños y adolescentes de los cuales 25 provenían de campamentos de refugiados	El 54,9 % de los niños tenían necesidades educativas especiales. Se llega a la conclusión de que es necesario el papel de la atención primaria en los campos de refugiados para poner un tratamiento psiquiátrico. También se necesita más investigación en este tema y un factor de negligencia es que se internalizan los síntomas por parte de la familia.

Nombre del artículo	Autores	Lugar y fecha de publicación	Diseño del estudio	Muestra	Principales resultados
A case of enterobiasis presenting as post-traumatic-stress-disorder (PTSD): a curious case of the infection with predominant mental health symptoms, presenting for the first time in the settings of a refugee camp	Georgios Karamitros, Nikolaos Kitsos, Fotios Athanasopoulos	2017, Grecia	Reporte de un caso clínico, estudio descriptivo	Una niña siria de 10 años	La niña tenía los siguientes síntomas: insomnio, irritabilidad, poco apetito... que se confundieron con un síndrome de estrés postraumático. Más adelante volvió con los síntomas intensificados y se demostró que tenía enterobiasis.
Displaced Syrian children's reported physical and mental wellbeing.	Ayman M. Hamdan-Mansour; Nadin M. Abdel Razeq; Bayan AbdulHaq; Diana Arabiat; Amani A. Khalil.	2017	Estudio transversal descriptivo	250 niños refugiados	Los niños en su mayoría tenían buena salud física, pero psicosocialmente sufrieron soledad el 25% y se sintieron deprimidos el 24%. También se estudió el dolor, la hiperactividad y los ataques de ira. Se demuestra que tienen unas necesidades psicosociales que deben ser tratadas.
What Can We Expect of the Mental Health and Well-Being of Syrian Refugee Children and Adolescents in Canada?	Hadfield, Kristin, Ostrowski; Aly, Ungar, Michael	2017, Canadá	Revisión sistemática cualitativa	-----	Pretende comprobar mediante una revisión bibliográfica la salud mental de los refugiados sirios que llegaron a Canadá y cómo se adaptaron a la educación y al tipo de vida.

Nombre del artículo	Autores	Lugar y fecha de publicación	Diseño del estudio	Muestra	Principales resultados
'I Can't Concentrate': A Feasibility Study with Young Refugees in Sweden on Developing Science-Driven Interventions for Intrusive Memories Related to Trauma.	Holmes, Emily A; Ghaderi, Ata; Eriksson, Ellinor; Lauri, Klara Olofsdotter; Kukacka, Olivia M; Mamish, Maya; James, Ella L; Visser, Renée M.	2017, Suecia	Estudio transversal cuantitativo	22 refugiados de entre 16 y 25 años, predominantemente de Siria que residen en Suecia	Se ha encontrado que la mayoría de ellos tiene imágenes reincidentes del trauma vivido durante el día a día que hace que no puedan concentrarse mucho.
Psychiatric morbidity among physically injured Syrian refugees in Turkey	Saleem Al-Nuaimi, Samer Aldandashi, Abdul Kadir Saed Easa, Maher Saqur	2018, Turquía	Estudio transversal descriptivo cuantitativo	40 personas (entre ellos niños) completaron la entrevista psiquiátrica	El 22,5 % de las personas que se entrevistaron sufrió depresión, el 15% síndrome de estrés postraumático, el 20 % trastorno de adaptación. Hay que tener en cuenta estos resultados porque la prevalencia de problemas de salud mental es más alta entre los refugiados y hay que actuar ante ello.
Insecurity, distress and mental health: experimental and randomized controlled trials of a psychosocial intervention for youth affected by the Syrian crisis	Catherine Panter-Brick, Rana Dajani, Mark Eggerman, Sabrina Hermosilla, Amelia Sancilio, and Alastair Ager	2018, EEUU	Estudio analítico experimental, ensayo clínico aleatorio	817 jóvenes al inicio del estudio, tras la intervención 463 y en el seguimiento posterior 212	No se ha encontrado impacto por comportamiento prosocial ni reacciones de estrés postraumático. Encuentran tamaños de efectos medianos a pequeños para todos los resultados psicosociales. Los impactos beneficiosos fueron más fuertes en jóvenes con exposición a 4 eventos de trauma.

Nombre del artículo	Autores	Lugar y fecha de publicación	Diseño del estudio	Muestra	Principales resultados
Syrian refugees in Greece: experience with violence, mental health status, and access to information during the journey and while in Greece	Jihane Ben Farhat , Karl Blanchet , Pia Juul Bjertrup , Apostolos Veizis , Clément Perrin , Rebecca M. Coulborn , 2 1 Philippe Mayaud and Sandra Cohuet	2018, Grecia	Encuesta cuantitativa de base poblacional combinada con un estudio cualitativo explicativo	1293 refugiados, de los cuales 728 son sirios de entre 7-30 años	Entre el 31 y el 77,5% reportaron haber vivido un acontecimiento violento en Siria. Además, más del 75 % mayores de 15 años de los encuestados, dio positivo cuando le evaluaron su trastorno de ansiedad mediante la escala Refugee Health Screener 15. El estudio demuestra que muchos de los refugiados han vivido acontecimientos violentos en su huida a Grecia, que padecen en su mayoría trastornos de ansiedad y que de manera internacional no se da una respuesta.
Pathways linking war and displacement to parenting and child adjustment: A qualitative study with Syrian refugees in Lebanon	Amanda Sim, Mina Fazel, Lucy Bowes, Frances Gardner	2018, Reino Unido	Estudio cualitativo	39 padres sirios y 15 niños del Líbano	Hay 3 dimensiones que dificultan la crianza de los hijos: las dificultades económicas impiden que se satisfagan las necesidades de los niños, la angustia psicológica de los padres provoca una crianza severa, las experiencias de inseguridad que hacen que los padres sean más controladores.

Nombre del artículo	Autores	Lugar y fecha de publicación	Diseño del estudio	Muestra	Principales resultados
Prevalence of war-relates adverse events, depression and anxiety among Syrian refugee children settled in Turkey	Kandemir H, Karataş H, Çeri V, Solmaz F, Kandemir SB, Solmaz A.	2018, Grecia	Estudio transversal descriptivo cuantitativo	355 niños sirios con sus familias	El estudio pretende comprobar si existe alguna relación entre haber estado expuesto a la guerra y sufrir depresión y ansiedad. Un 71,9 % había visto la muerte violenta de un familiar y un 90,4% escuchó disparos o explosiones. Muchos de ellos aseguraron también que sus padres habían cambiado su forma de tratarles desde que se habían cambiado de país. Las niñas sufrían más depresión y ansiedad que los niños. 170 de los niños tienen síntomas de depresión y 189 sufren ansiedad.
Mental health problems of Syrian refugee children: the role of parental factors.	Erucar, Seyda; Maltby, John; Vostanis, Panos.	2018, Turquía	Estudio transversal cuantitativo	263 díadas de niños y uno de sus padres. Todos ellos son sirios refugiados en Turquía. Los niños fueron reclutados entre nov. de 2015 y abril de 2016 en dos escuelas sirias de Estambul	Busca la relación entre la salud mental de los niños expuestos a un trauma y la contribución del rol parental en la mejora de esa salud mental. El haberse expuesto al trauma modificaba las puntuaciones del PTSS (síndrome de estrés postraumático infantil), pero la psicopatología parental también permitía predecir las conductas de los niños. Por tanto, las intervenciones deben ir enfocadas a la salud mental de la familia en su conjunto.

Nombre del artículo	Autores	Lugar y fecha de publicación	Diseño del estudio	Muestra	Principales resultados
Psychopathology and Associated Risk Factors Among Forcibly Displaced Syrian Children and Adolescents.	Vahdet Gormez, Hale Nur Kilic A. Cahid Oregul, Merve Nursoy Demir, Seyma Demirliran, Sibel Demirbas, Betul Babacan, Kerem Kinik, Bengi Semerci	2018	Estudio transversal descriptivo cuantitativo	218 niños refugiados sirios en Turquía	Se pretende demostrar si los niños refugiados de guerra tienen factores de riesgo a la hora de sufrir trastornos de salud mental. El 18,3% sufre PTSD y el 69 %, sufre trastorno de ansiedad. Vivir la muerte de un familiar se asoció a la aparición de trastorno de estrés postraumático y el haber estado expuesto a la crueldad, tortura o el aumento del tiempo de refugio se asocian al aumento de ansiedad.
Toxic stress and child refugees.	Murray JS.	2018	Estudio descriptivo, revisión sistemática	-----	El estrés tóxico es la exposición a eventos adversos extremos y persistentes (como es el caso de los niños refugiados) y produce a largo plazo un impacto sobre la salud física y mental de aquel que lo ha padecido.
A qualitative study of refugee families' experiences of the escape and travel from Syria to Sweden.	Mangrio, Elisabeth; Zdravko vic, Slobodan; Carlson, Elisabeth.	2018, Suecia	Estudio cualitativo descriptivo a través de entrevistas	15 familias de refugiados sirios recién llegadas a Suecia	Responde a cómo se sienten las familias en su viaje hacia otros países y sus razones para huir. Por medio de entrevistas se mencionan el miedo, la tristeza de perder familiares, trabajo, casa...como causas de esta migración a otros países. Además, durante este evento traumático viven situaciones de pérdida o separación, de extorsión, violencia sexual, secuestros...y todo esto les afecta psicológicamente.

Tabla 8. Artículos seleccionados. Elaboración propia.